



คู่มือการให้บริการ : กระบวนการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ใหม่  
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานพยาบาลรับ-ส่งต่อ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี  
ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนของการสร้างกระบวนการงาน	
1. ชื่อกระบวนการ:	กระบวนการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ใหม่
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	งานพยาบาลรับ-ส่งต่อ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ:	ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ใหม่ที่ส่งตัวมารับการรักษาเฉลี่ย 400 ราย/เดือน

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ/กระบวนการ : กระบวนการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ใหม่	
5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
5.1 ประเภทช่องทาง :	5.2 วันที่เปิดให้บริการ :
1. ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	<input type="checkbox"/> , วันจันทร์ <input type="checkbox"/> , วันอังคาร <input type="checkbox"/> , วันพุธ <input type="checkbox"/> , วันพฤหัสบดี <input type="checkbox"/> , วันศุกร์
2. ติดต่อด้วยตนเอง ณ ศูนย์ให้บริการ -	<input type="checkbox"/> วันเสาร์ <input type="checkbox"/> วันอาทิตย์
3. สถานที่ ที่ตั้ง 11/1 ต.ทะเลชุบศร อ. เมือง จ. ลพบุรี	<input type="checkbox"/> ไม่เว้นวันหยุดราชการ
4. รูปแบบการให้บริการ ในเวลาราชการ	5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ :
5. เว็บไซต์และช่องทางออนไลน์ www.lopburicancer.in.th	<input type="checkbox"/> บริการตลอด 24 ชั่วโมง
6. โทรศัพท์ 036-621800 ต่อ 103	<input type="checkbox"/> , 08.00-16.00 น. <input type="checkbox"/> พักเที่ยง 12.00-13.00 น.
7. อีเมลล์	<input type="checkbox"/> 16.30-20.00 น. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
8. ไปรษณีย์	
9. Application	
หมายเหตุ :	

6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ (ถ้ามี)

7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาการให้บริการ	หน่วยเวลา	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	รพ.เครือข่ายเตรียมเอกสารตามแนวทางการรับส่ง-ต่อ ผู้ป่วยมะเร็งรายโรค (ในคู่มือ / web site)	- จัดเตรียมเอกสารผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆให้ครบถ้วน - ใบส่งตัวผู้ป่วย - บัตรประชาชน - บัตรประกันสุขภาพ/บัตรประกันสังคม	จันทร์-ศุกร์		รพ.เครือข่าย	
2.	จัดทำแฟ้มเวชระเบียน	-จัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วยรายใหม่ -ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	จันทร์-ศุกร์	30 นาที	-งานเวชระเบียน -งานตรวจสอบสิทธิ์ รพ.มะเร็งลพบุรี	
3.	คัดกรอง	-คัดกรองและประเมินสภาพผู้ป่วย -ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสาร -ส่งเข้าพบแพทย์	จันทร์-ศุกร์	15 นาที	-คลินิกรับส่ง-ต่อ รพ.มะเร็งลพบุรี	
4.	พบแพทย์	-แพทย์พิจารณาวางแผนกำหนดวันการรักษาและหรือขอเอกสารการรักษาเพิ่มเติม	จันทร์-ศุกร์	60 นาที	-องค์กรแพทย์ รพ.มะเร็งลพบุรี	ระยะเวลาขึ้นอยู่กับปริมาณผู้ป่วยในวันนั้นๆ
5.	รับวันนัดรักษา	-ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม -ออกใบนัดการรักษา/ส่งพบแพทย์แผนกอื่นๆ	จันทร์-ศุกร์	15 นาที	-คลินิกรับส่ง-ต่อ รพ.มะเร็งลพบุรี	
ระยะเวลาดำเนินการรวม :						2 ชม.



8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงาน/ หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	ประเภทเอกสารยืนยันตัวตน 1. บัตรประจำตัวประชาชน 2. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ (ถ้ามี)	งานเวช ระเบียน		1	1	
2	บัตรประกันสุขภาพ/บัตร ประกันสังคม	งาน ตรวจสอบ สิทธิ์		1	1	

9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม(ถ้ามี)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	ส่วนงาน/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	Film/CD การตรวจวินิจฉัย	คลินิก รับส่ง-ต่อ		1	1	
2.	Block ชั้นเนื้อ	คลินิก รับส่ง-ต่อ	1		1	กรณีมีคำสั่งจาก แพทย์

10. ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ(ข้อมูล ณ วันที่ 24 พฤศจิกายน 2549)

รายละเอียดค่าบริการ :	ค่าตรวจรักษา/ค่ายา/ค่าบริการ ทางารแพทย์
ค่าบริการ :	ตามประกาศของกระทรวงการคลัง พ.ศ. 2549 เรื่องอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้ สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ
หมายเหตุ :	บัตรบัตรประกันสุขภาพ/บัตรประกันสังคม/บัตรข้าราชการ..ใช้สิทธิ์การรักษาฟรีตาม ระเบียบกระทรวงการคลัง



11. ช่องทางรับชำระค่าบริการ	
1.	ช่องชำระเงินของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
2.	

12. ช่องทางการร้องเรียน	
1.	ผู้รับความคิดเห็น / โทรศัพท์ 036-621800 ต่อ103
2.	<a href="http://www.lopburicancer.in.th">www.lopburicancer.in.th</a>

13. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี)	
ชื่อเอกสาร :	ใบทำประวัติผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่
ขอรับเอกสาร :	<a href="http://www.lopburicancer.in.th">www.lopburicancer.in.th</a>

14. หมายเหตุ	
กรณีใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงกับบุคคลในครอบครัวให้สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีสิทธิเบิกมาด้วย	