บัตรตรวจคัดกรองโรคฝ่ายทันตกรรม

FM 1

สาดับ.....ชื่อ - สกุล.....

อายุ.....ปี H.N.....

☺ อุดฟัน#..... ☺ ถอนฟัน#.....

☺ X - ray#..... ☺ ขูดหินปูน#.....

☺ อื่น ๆ (ระบุ).....

☺ นัด (ระบุ).....

☺ BP.....(mm.Hg)

☺ โรคประจำตัว.....

☺ แพ้ยา.....

ช่วงเวลาการรักษา.....

เวลาการรักษา.....

น้ำหนัก.....ก.ก.

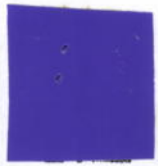
ผู้ตรวจ

ผู้รักษา

FM2

โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

แบบฟอร์มระบุจุดรับบริการ



สำหรับพยาบาล	สำหรับแพทย์ผู้ตรวจ
☐ ส่งห้องชันสูตร (ห้อง 5)	☐ ส่งห้องชันสูตร (ห้อง 5)
☐ ส่งห้องเอ็กซเรย์	☐ ส่งห้องเอ็กซเรย์
☐ ส่งห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	☐ ส่งห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
☐ ส่งคลีนิคพิเศษ (ห้อง 4)	☐ ส่งคลีนิคพิเศษ (ห้อง 4)
☐ ส่งพบแพทย์ห้องตรวจโรค 1, 2, 3	☐ REFER
☐ ส่งตรวจมะเร็งปากมดลูก	☐ ส่งตรวจภายใน (โต๊ะ 7)
☐ ส่งหน้าห้องตรวจ (โต๊ะ 5)	☐ PAP Smear
☐ ส่ง OPD (โต๊ะ 1)	☐ Cervical smear
☐	☐ รับยาที่ห้องจ่ายยา (ห้อง 8)

Note .....

.....

.....

.....

ชื่อ – สกุล ..... **HN**.....

FM 7

แผนกทันตกรรม

โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

ชื่อ..... สกุล.....

อายุ.....ปี HN:..... สิทธิ.....

โรคประจำตัว ☐ ปฏิเสธ

☐ มี (ระบุ).....

.....

ประวัติการแพ้ยา ☐ ปฏิเสธ

☐ มี (ระบุ).....

.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

ว.ด.ป.ที่นัด	เวลา	งาน	หมายเหตุ

ตรวจสุขภาพช่องปาก

☐ ขูดหินปูน ☐ ขัดฟัน+เคลือบหลุมร่องฟัน

☐ อุดฟัน .....ซี่ (ระบุ).....

.....

.....

☐ ถอนฟัน .....ซี่ ระบุ).....

.....

☐ ผ่าฟันคุด .....

☐ X-Ray .....

☐ อื่น ๆ .....

☐ ใส่ฟันปลอม .....

.....

ผู้ตรวจ

ตารางนัดผู้ป่วย

ว.ด.ป.ที่นัด	เวลา	งาน	หมายเหตุ
ลงชื่อ			

FM 4

บัตรบันทึกการตรวจและรักษาทางทันตกรรม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....HN.....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....

ประวัติการเจ็บป่วย.....ประวัติการแพ้ยา.....

ว/ด/ป	ตำแหน่งฟัน	วินิจฉัยโรค	การรักษา	ผู้ให้การรักษา	หมายเหตุ

FM 5

ใบรับรองแพทย์

เขียนที่ โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า .....ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้น 1

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....ประจำโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 ซึ่งเป็นสถานบริการทันตกรรมที่ได้รับอนุญาตจากกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข ประเภท ส. ทันตกรรม ชั้น 1

ได้รักษาโรคทางทันตกรรมให้

นาย / นาง / นางสาว / ด.ช / ด.ญ.....

เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

โดย

- ☐ อุดฟัน..... ซี่ที่ # .....
- ☐ ถอนฟัน..... ซี่ที่ # .....
- ☐ ขูดหินปูน
- ☐ อื่นๆ.....

.....

เห็นควรให้หยุดพักรักษาตัว มีกำหนด ..... วัน นับตั้งแต่วันที่ .....เดือน ....พ.ศ.....

ถึงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ทันตแพทย์ผู้รักษา

โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

33/37 ม.1 ต.พลูตาหลวง อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี 20180 โทร 03-824-5107 , 03-824-5051 โทรสาร 03-824-5508

FM 6

ตบส.2-16

สำนักงานประกันสังคม

แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน
กรณีทันตกรรม
(อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก)
กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ.....
วันที่รับ.....
ผู้รับ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่ ..... อาคาร/หมู่บ้าน.....ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....อีเมล.....
2. ยื่นคำขอในฐานะ ☐ ผู้ประกันตน ☐ ผู้มีสิทธิ (กรณีผู้ประกันตนถึงแก่ความตาย)
ระบุชื่อผู้ประกันตน.....เลขประจำตัวประชาชน
3. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ .....
เลขที่บัญชี ลำดับที่สาขา
4. วัน เดือน ปี ที่รับบริการทันตกรรม..... ชื่อสถานพยาบาล.....
5. บริการทันตกรรมที่ได้รับคือ ☐ อุดฟัน.....ซี่ ☐ ถอนฟัน.....ซี่ ☐ ขูดหินปูน ☐ ฟันเทียมชนิดถอดได้ฯ .....ซี่
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)
6. ขอรับเงิน ☐ ที่สำนักงานประกันสังคม ☐ ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. ..... ☐ ธนาคาร.....

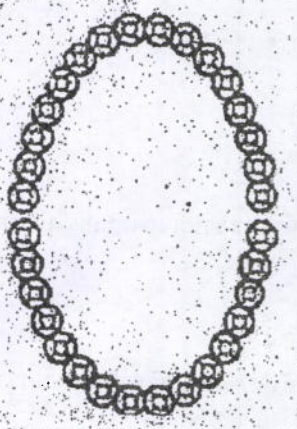
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้าพเจ้ารับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้แก่สำนักงานประกันสังคม ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่...../...../.....

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ
☐ ใบเสร็จรับเงิน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรก ซึ่งมีชื่อและเลขที่บัญชีของผู้ยื่นคำขอฯ (กรณีขอรับเงินทางธนาคาร)
☐ สำเนาเวชระเบียนบันทึกการให้บริการทันตกรรม (กรณีผู้ประกันตนมิได้มายื่นแบบคำขอฯ ด้วยตนเอง หรืออยู่ในดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่)

ใบรับรองแพทย์

จุดที่ทำการรักษา



M = ฟันที่ถอนครั้งนี้
F = ฟันที่อุดครั้งนี้
A = ฟันเทียมฐานอคริลิกครั้งนี้

นางสาวอัมภิกา โสวหมวกพิจ
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้น.....
เลขที่..... ประจำสถานพยาบาลชื่อ...โรงพยาบาล สัตหีบ กม.10
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตจากกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข ประเภท ☐ ส.ทันตกรรมชั้น 1 ☐ ส.ทันตกรรมชั้น 2 ได้รักษาโรคทางทันตกรรมให้ (นาย, นาง, นางสาว).....
โดย ☐ อุดฟัน.....ซี่ ที่ #.....
☐ ถอนฟัน.....ซี่ ที่ #.....
☐ ขูดหินปูน ตั้งแต่เวลา.....น. ถึงเวลา.....น.
☐ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก จำนวน.....ซี่

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้รักษา
(นางสาวอัมภิกา โสวหมวกพิจ)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....

หมู่ที่.....อาคาร/หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้ (นาย, นาง, นางสาว).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....

หมู่ที่.....อาคาร/หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

เป็นผู้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม จำนวน.....บาท (.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เห็นสมควรอนุมัติให้มีสิทธิรับค่าบริการทางแพทย์กรณีทันตกรรม

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติคำสั่ง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อนุมัติจ่ายเงิน

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1. ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชนของตนเองไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย (โปรดรับเงินก่อน 15.30 น.)

2. การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร

คำเตือน : ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

FM7

งานทันตกรรม กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

หนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาทางทันตกรรม

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....อายุ..... ปี

HN .....

ในฐานะเป็น ☐ ผู้ป่วย

☐ ผู้มีอำนาจกระทำแทนในฐานะ ..... ของผู้ป่วย

ชื่อ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว .....

เลขประจำตัวผู้ป่วย .....

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับ ภาวะการเจ็บป่วยและการตรวจรักษาโดยการอธิบายและตอบข้อสงสัยจากทันตแพทย์ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ผลการวินิจฉัย .....

ข้อ 2. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายรายละเอียด เกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยง อาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อน .....

.....

ที่อาจเกิดจากการตรวจรักษา การระงับความรู้สึกโดยใช้ยาชา และ/หรือหัตถการอื่นๆ รวมทั้งแนวทางการป้องกันแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้นและทางเลือกอื่นๆ

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้ตัดสินใจรับการรักษา/หัตถการ ดังนี้

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ทันตแพทย์กระทำตามวิธีการดังกล่าวข้างต้นเพื่อการตรวจรักษาในครั้งนี้

ลงชื่อ .....

(.....)

☐ ผู้ป่วย / ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย

วันที่ ...../...../.....

ลงชื่อ .....

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ .....

(.....)

พยาน

HN.

FM 8

แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลคนไข้โครงการฟันเทียมพระราชทาน

ชื่อหน่วยบริการ โรงพยาบาล สัตหีบ กม.1ฮ้ รหัส 5 หลัก ☐☐☐☐☐

เลขที่บัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ชื่อคนไข้ ..... เพศ ..... วันเกิด.....

ที่อยู่ .....จังหวัด.....

โทรศัพท์..... อายุ .....ปี

วันที่ตรวจฟัน .....

ชนิดฟันเทียม ☐ ทั้งปาก ☐ บางส่วนมากกว่า 16 ซี่ ☐ บางส่วนน้อยกว่า 16 ซี่

งบประมาณ ☐ สปสช. ☐ กรมบัญชีกลาง ☐ ประกันสังคม ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

วันที่พิมพ์ปาก .....

วันที่ใส่ฟัน .....

คำแนะนำ .....

ทันตแพทย์ผู้ให้บริการ ..... หมายเลขใบประกอบโรคศิลปะ ท.....

บันทึกข้อมูล online ที่ http://dental.anamai.moph.go.th/elderly

HN.....

แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลคนไข้โครงการฟันเทียมพระราชทาน

ชื่อหน่วยบริการ.....โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10.....รหัส5หลัก ☐☐☐☐☐

เลขที่บัตรประชาชน ☐ – ☐☐☐☐ – ☐☐☐☐☐ – ☐☐ – ☐

ชื่อคนไข้(นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....ว.ค.ป.เกิด.....อายุ.....

ที่อยู่.....จังหวัด.....

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

วันที่ตรวจฟัน.....ผู้ตรวจ.....

ชนิดฟันเทียม ☐ ทั้งปาก ☐ บางส่วนมากกว่า16ซี่ ☐ บางส่วนน้อยกว่า16ซี่

งบประมาณ ☐ สปสช. ☐ กรมบัญชีกลาง ☐ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ ระบุ.....

วันที่พิมพ์ปาก.....

วันที่ใส่ฟัน.....

เนะนำ.....

ทันตแพทย์ผู้ให้บริการ .....หมายเลขใบประกอบโรคศิลปะ ท.....

HN.....

แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลคนไข้โครงการฟันเทียมพระราชทาน

ชื่อหน่วยบริการ.....โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10.....รหัส5หลัก ☐☐☐☐☐

เลขที่บัตรประชาชน ☐ – ☐☐☐☐ – ☐☐☐☐☐ – ☐☐ – ☐

ชื่อคนไข้(นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....ว.ค.ป.เกิด.....อายุ.....

ที่อยู่.....จังหวัด.....

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

วันที่ตรวจฟัน.....ผู้ตรวจ.....

ชนิดฟันเทียม ☐ ทั้งปาก ☐ บางส่วนมากกว่า16ซี่ ☐ บางส่วนน้อยกว่า16ซี่

งบประมาณ ☐ สปสช. ☐ กรมบัญชีกลาง ☐ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ ระบุ.....

วันที่พิมพ์ปาก.....

วันที่ใส่ฟัน.....

เนะนำ.....

ทันตแพทย์ผู้ให้บริการ .....หมายเลขใบประกอบโรคศิลปะ ท.....

FM9

วันที่ตรวจ ..... เลขที่ DN .....

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

ชื่อ ..... สกุล ..... อายุ .....ปี

HN: ..... สิทธิการรักษา..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

โรคประจำตัว ☐ ปฏิเสธ ☐ มี (ระบุ) .....

ประวัติการแพ้ยา ☐ ปฏิเสธ ☐ มี (ระบุ) .....

ตรวจสุขภาพช่องปาก และแผนการรักษา

เหงือกอักเสบ ☐ มี ☐ ไม่มี : ปริทันต์อักเสบ ☐ มี ☐ ไม่มี : มีฟันในช่องปาก .....ซี่

☐ ขูดหินปูน ☐ ขัดฟัน+เคลือบฟลูออไรด์ : ☐ แนะนำใส่ฟันปลอม ◯ บน ◯ ล่าง ◯ ทั้งปาก ◯ ใส่ฟันแล้ว

☐ อุดฟัน .....ซี่ .....

☐ ถอนฟัน .....ซี่ .....

☐ อื่นๆ .....

☐ ผ่าฟันคุด ..... ☐ X-Ray .....

☐ เกลารากฟัน ..... ☐ รักษารากฟัน..... ☐ ทำครอบฟัน .....

ตารางนัดผู้ป่วย

ว.ด.ป.ที่นัด	เวลา	งาน	หมายเหตุ	ว.ด.ป.ที่นัด	เวลา	งาน	หมายเหตุ

วันที่ตรวจ ..... เลขที่ DN .....

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

ชื่อ ..... สกุล ..... อายุ .....ปี

HN: ..... สิทธิการรักษา..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

โรคประจำตัว ☐ ปฏิเสธ ☐ มี (ระบุ) .....

ประวัติการแพ้ยา ☐ ปฏิเสธ ☐ มี (ระบุ) .....

ตรวจสุขภาพช่องปาก และแผนการรักษา

เหงือกอักเสบ ☐ มี ☐ ไม่มี : ปริทันต์อักเสบ ☐ มี ☐ ไม่มี : มีฟันในช่องปาก .....ซี่

☐ ขูดหินปูน ☐ ขัดฟัน+เคลือบฟลูออไรด์ : ☐ แนะนำใส่ฟันปลอม ◯ บน ◯ ล่าง ◯ ทั้งปาก ◯ ใส่ฟันแล้ว

☐ อุดฟัน .....ซี่ .....

☐ ถอนฟัน .....ซี่ .....

☐ อื่นๆ .....

☐ ผ่าฟันคุด ..... ☐ X-Ray .....

☐ เกลารากฟัน ..... ☐ รักษารากฟัน..... ☐ ทำครอบฟัน .....

ตารางนัดผู้ป่วย

ว.ด.ป.ที่นัด	เวลา	งาน	หมายเหตุ	ว.ด.ป.ที่นัด	เวลา	งาน	หมายเหตุ

CONSULTION RECORD

Patient name..... Age.....H.N.....งานทันตกรรม รพ.สัตหีบ กม.10
Date.....Time.....
Consult แผนก..... ☐ Non URGENT ☐ URGENT
Present Illness .....
.....
.....
Past medical history.....
.....
.....
.....
.....
Treatment planning.....
.....
.....
.....
.....
Consult for .....
.....
.....

.....
( )

ใบตอบรับ Consult

Date.....Time.....
Physical examination.....
.....
.....
.....
Problem list.....
.....
.....
.....
Suggestion
.....
.....
.....
.....
.....

.....
( )

แบบสอบถาม ความคิดเห็นต่อบริการ
ของฝ่ายทันตกรรม รพ.สัตหีบ กม.10

กรุณาแสดงความคิดเห็นของท่านต่อบริการ ที่ท่านได้รับจากฝ่ายทันตกรรม ในครั้งนี้ เท่านั้น

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับบริการผู้ป่วยนอกที่ท่านได้รับในวันนี้

กรุณาทำเครื่องหมาย ☑ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และ/หรือ กรอกข้อความลงในช่องว่าง

1. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น และวิธีการรักษา หรือไม่

☐1. ไม่ได้รับ ☐2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐3. ได้รับ และเข้าใจดี

2. ท่านได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังการรักษาหรือไม่

☐1. ไม่ได้รับ ☐2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐3. ได้รับ และเข้าใจดี

3. ระยะเวลารอคอยตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการรักษา

☐1. นาน ☐2. ปานกลาง ☐3. รวดเร็ว

ตอนที่ 2 ความรู้สึกของท่านต่อบริการต่างๆในครั้งนี้

กรุณาทำเครื่องหมาย ☑ ในช่องที่ท่านเลือก

	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี	แย่มาก
4. ความสะดวกสบายโดยทั่วไป	☐	☐	☐	☐	☐
5. ความสะอาดของห้องทำฟัน	☐	☐	☐	☐	☐
6. การแนะนำ ,ประชาสัมพันธ์ ในการใช้บริการ	☐	☐	☐	☐	☐
7. การซักประวัติ ,การตรวจร่างกาย	☐	☐	☐	☐	☐
8. แพทย์ใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วยจากท่าน	☐	☐	☐	☐	☐
9. กิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่	☐	☐	☐	☐	☐
10. คุณภาพบริการโดยรวมทุกด้าน	☐	☐	☐	☐	☐

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1)_____

_____

2)_____

_____

FM 12

บันทึกผู้ป่วย (ทันตกรรม) นอกเวลาราชการ (เฉพาะทันตแพทย์)

ประจำเดือน ..... พ.ศ. .....

วันเดือนปี	ชื่อ-สกุล	HN	ชนิดงานรักษา	ค่ารักษา	สิทธิ์	อัตราค่าตอบแทน	รวมรายได้/วัน

เลขที่.....

FM 13

ใบเบิกวัสดุทันตกรรม

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

จุดให้บริการ.....

ลำดับ	รหัส	รายการ	ประมาณการใช้ ระยะ 2 สัปดาห์	คงเหลือ	เบิก	รวมมูลค่า	หมายเหตุ
รวมมูลค่าการเบิก							

.....

(.....)

ผู้เบิกวัสดุทันตกรรม

.....

(.....)

เจ้าหน้าที่จ่ายวัสดุทันตกรรม

.....

(.....)

ทันตแพทย์ดูแลคลังวัสดุทันตกรรม

งาน 5ส ฝ่ายทันตกรรม

จุดที่ตรวจ.....

วันที่ตรวจ	รายละเอียดที่ตรวจพบ	ลงชื่อ/วันที่ ทำการแก้ไขแล้วเสร็จ	ลงชื่อ/วันที่ ทำการตรวจสอบแล้วเสร็จ

Fm14

แบบรับส่งเครื่องมือทันตกรรม..กับงานจ่ายกลาง รพ สัตหีบ กม. 10
วัน เดือน ปี.....
น.2 ..รัตนา สังข์ทองงาม

รายการเครื่องมือ	หน่วย	ส่ง	รับ	หมายเหตุ
1.Set ตรวจ	Set			
2.แก้ว บ้วนปาก Pt	ใบ			
3.คีมถอนฟัน บน ผญ	อัน			
4.คีมถอนฟันล่าง ผญ	อัน			
5.คีมถอนฟันบน เด็ก	อัน			
6.คีมถอนฟันล่าง เด็ก	อัน			
7.Crown Horn	อัน			
8.Luxator ปลายโค้งเล็ก	อัน			
9.Curette, ดิวเร็ทถอนฟัน	อัน			
10.หัวกรอช้า	อัน			
11.หัวกรอเร็ว	อัน			
12.หัวโพพี่	อัน			
13.หัวกรอมีไฟ	อัน			
14.หัวกรอฟันคุด	อัน			
15.ด้ามมีด	อัน			
16.Set เย็บแผล	Set			
17.กรรไกรตัดไหม	อัน			
18.Set ผ่าฟันคุด	Set			
19.Set ผ่าตัดปุ่มกระดูก	Set			
20.หัวขุดหินปูน	อัน			
21.ถ้วยแก้วใส่ผงขัดฟัน	ใบ			
22.ชุดอุดฟันหน้า 2 ตัว	Set			
23.ชุดอุดฟันหลัง 4 ตัว	Set			
24.หัวเบอร์ต่างๆ	หัว			
25.Tripple syring ที่ฉีดน้ำ-ลม	อัน			
26.Ivory holder	อัน			
27.ที่ดูดน้ำลายเหล็ก	อัน			
28.Dycal carier	อัน			
29.Spoon excarvature	อัน			
30.Syring ฉีดยา	อัน			
31.หัวกรอฟันคุด	ชุด			
ก๊อสถอนฟัน	แพ็ค			
ก๊อสอุดฟัน	แพ็ค			
ไหม+เข็มเย็บแผล	ห่อ			
สำลีพันก้านแพ็ค3	แพ็ค			
สำลีก้อนเล็กเช็ดวัสดุอุดฟัน	แพ็ค			

FM16

แบบประเมินคุณภาพบริการและความพึงพอใจผู้สูงอายุที่รับบริการใส่ฟันเทียม
โครงการ ฟันเทียมพระราชทานปี 2553

จังหวัด .....

เลขประจำตัว 13 หลัก ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ชื่อผู้สูงอายุ ○นาย ○นาง ○นางสาว .....อายุ ..... ปี

ที่อยู่ ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ฟันเทียมพระราชทานที่ใส่เป็นชนิด ○ ฟันเทียมทั้งปาก ○ ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ขึ้นไป ○ อื่น ๆ .....
2. การทำฟันทียมชุดนี้เป็นชุดแรกใช่หรือไม่ ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
3. หน่วยบริการที่ไปรับบริการใส่ฟันเทียมเป็น ○ภาครัฐ ○ภาคเอกชน ○ อื่น ๆ.....
   ชื่อหน่วยบริการ ..... ใส่ประมาณเดือน .....
4. การเดินทางไปรับบริการ ○ มีญาติพาไป ○ไปด้วยตนเอง ○ อื่น ๆ.....
5. ทราบข่าวการทำฟันเทียมฟรีจากที่ใด
   ○ไม่ทราบเลย มาตามที่หมอนัด ○จากวิทยุ โทรทัศน์ สื่ออื่น ๆ
   ○ จากคนรู้จัก ○ อื่น ๆ .....
6. การชำระค่าใส่ฟันเทียมชุดนี้
   ○ไม่เสียเงิน ○ เสียเงินครั้งละ 30 บาท ○อื่น ๆ .....
7. ได้รับคำแนะนำในการดูแลฟันแท้/ฟันเทียมหรือไม่ ○ ได้รับ ○ ไม่ได้รับ

ส่วนที่ 2 การใช้งานฟันเทียม

8. ฟันเทียมพระราชทานที่ทำ
   ○ ใช้ได้ ○ไม่ได้ใช้ เนื่องจาก ....
9. การใช้งานฟันเทียม
   ○ ใช้เคี้ยวอาหารเท่านั้น
   ○ ใส่เพื่อความสวยงามเท่านั้น
   ○ ใช้เคี้ยวอาหารและเพื่อความสวยงาม

10. ความรู้สึกของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันเทียม (ถามทุกข้อ ถ้าตอบว่าใช่ให้ขีด ✓)

- ❍ เคี้ยวอาหารได้มากขึ้น กินอาหารได้มากขึ้น
- ❍ มีความสวยงามมากขึ้น
- ❍ อารมณ์ดีขึ้น กล้ายิ้มมากขึ้น
- ❍ พูดได้ชัดเจนขึ้น
- ❍ สบายใจ/มีความสุขมากขึ้น
- ❍ นอนหลับได้มากขึ้น
- ❍ ออกไปพบเพื่อนได้มากขึ้น
- ❍ อื่น ๆ .....

ส่วนที่ 3 การทำความสะอาดฟันแท้/ฟันเทียม (ขอให้ตอบตามที่ปฏิบัติจริง)

11. ทำความสะอาดฟันเทียมโดย .....

.....

.....

12. กรณีที่มีฟันแท้เหลืออยู่ ทำความสะอาดฟันแท้ โดย .....

.....

.....

ส่วนที่ 4 สรุป

ความพึงพอใจ ❍ มาก ❍ ปานกลาง ❍ น้อย

❍ ไม่พอใจ เนื่องจาก .....

.....

ส่วนที่ 5 ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

ผู้สัมภาษณ์ ..... ตำแหน่ง .....วันที่.....

FM 17

ใบบันทึกอุบัติการณ์ ฝ่ายทันตกรรม

วันที่	ชื่อคนไข้	HN	รายละเอียดอุบัติการณ์	การแก้ไขเบื้องต้น

ลงชื่อ ผู้รับผิดชอบอุบัติการณ์

ตารางอุบัติการณ์ทันตกรรมปี.....

เดือน / อุบัติการณ์	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.
1.ถุงมือรั่ว (อัน)						
2.เครื่องมือEXP.(set,ห่อ)						
3.วัสดุ EXP. (ชิ้น)						
เดือน / อุบัติการณ์	**เม.ย.**	**พ.ค.**	**มิ.ย.**	**ก.ค.**	**ส.ค.**	**ก.ย.**
1.ถุงมือรั่ว (อัน)						
2.เครื่องมือEXP.(set,ห่อ)						
3.วัสดุ EXP. (ชิ้น)						

ตารางอุบัติการณ์ทันตกรรมปี.....

เดือน / อุบัติการณ์	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.
1.ถุงมือรั่ว (อัน)						
2.เครื่องมือEXP.(set,ห่อ)						
3.วัสดุ EXP. (ชิ้น)						
เดือน / อุบัติการณ์	**เม.ย.**	**พ.ค.**	**มิ.ย.**	**ก.ค.**	**ส.ค.**	**ก.ย.**
1.ถุงมือรั่ว (อัน)						
2.เครื่องมือEXP.(set,ห่อ)						
3.วัสดุ EXP. (ชิ้น)						

ตารางอุบัติการณ์ทันตกรรมปี.....

เดือน / อุบัติการณ์	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.
1.ไฟดับ/ไฟตก (วัน)						
2.พิมพ์ใบเสร็จไม่ได้ (วัน)						
เดือน / อุบัติการณ์	**เม.ย.**	**พ.ค.**	**มิ.ย.**	**ก.ค.**	**ส.ค.**	**ก.ย.**
1.ไฟดับ/ไฟตก (วัน)						
2.พิมพ์ใบเสร็จไม่ได้ (วัน)						

ตารางอุบัติการณ์ทันตกรรมปี.....

เดือน / อุบัติการณ์	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.
1.ไฟดับ/ไฟตก (วัน)						
2.พิมพ์ใบเสร็จไม่ได้ (วัน)						
เดือน / อุบัติการณ์	**เม.ย.**	**พ.ค.**	**มิ.ย.**	**ก.ค.**	**ส.ค.**	**ก.ย.**
1.ไฟดับ/ไฟตก (วัน)						
2.พิมพ์ใบเสร็จไม่ได้ (วัน)						

FM 20

แบบบันทึกอุบัติการณ์ทางรังสี

ชื่อ..... แผนก.....

ประจำเดือน.....

DATE	อุบัติการณ์	หมายเหตุ

FM 21

ทะเบียนงานศิลปกรรม วันที่ เดือน พ.ศ.

No.	BIN.	เวลาทำเสร็จ	ชื่อ-สกุล	ราชฯ	ฝีมือ	ใหม่	เก่า	ผู้ช่วย	เวลาเริ่มทำงาน	กิจกรรมการรักษา			เวลา			ราคา	
										ผู้	งาน	ยา	ล้างมุมการรักษา	การรักษา (ขาดี)	ถ่าย หมอน	กรม	ราษ