คู่มือการให้บริการ : กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู
ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

ส่วนของการสร้างกระบวนงาน	
1. ชื่อกระบวนงาน :	การให้บริการงานกายภาพบำบัดและงานเวชกรรมฟื้นฟู กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู
3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ :	จำนวนผู้ป่วยรับบริการเฉลี่ย 500 คน/เดือน

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ/กระบวนงาน : การให้บริการกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู	
5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
5.1 ประเภทช่องทาง : 1. ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู สถาบันโรคทรวงอก อาคาร 8 ชั้น 4 ที่อยู่ เลขที่ 74 ถ.ติวานนท์ ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 2. รูปแบบการให้บริการ : ในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ 3. โทรศัพท์ 02-547-0999 ต่อ 30330 , 30332 หรือ 30950	5.2 วันที่เปิดให้บริการ : ☑วันจันทร์ ☑ วันอังคาร ☑วันพุธ ☑วันพฤหัสบดี ☑วันศุกร์ ☐วันเสาร์ ☐วันอาทิตย์ ☐วันหยุดราชการ 5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ : ☐บริการตลอด 24 ชั่วโมง ☐08.30 -12.00 น. ☑08.30 – 16.30 น. ☐พักเที่ยง 12.00 – 13.00 น. ☑16.30 – 20.30 น. นอกเวลาราชการ (จันทร์,พุธ,ศุกร์)
หมายเหตุ :	- ออกตรวจโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ในวันพุธ เวลา 9.00 – 12.00 น. - งานฟื้นฟูหัวใจ (Cardiac Rehabilitation) เปิดให้บริการในวันจันทร์, พุธและศุกร์ เวลา 8.30 – 12.00 น. - งานฟื้นฟูโรคระบบทางเดินหายใจ (Pulmonary Rehabilitation) เปิดให้บริการในวันจันทร์,พุธและศุกร์ เวลา 13.00 – 16.30 น. - กายภาพบำบัดโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เปิดให้บริการในวันจันทร์,พุธและศุกร์ เวลา 16.30 – 20.30 น.

6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ (ถ้ามี)
- ผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับบริการฟื้นฟูหัวใจและโรคระบบทางเดินหายใจ จะต้องผ่านการประเมินสมรรถภาพร่างกายจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัด

7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	**ขั้นตอน**	**รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ**	**ระยะเวลาการให้บริการ**	**หน่วยเวลา (นาที/ชั่วโมง/วัน/วันทำการ/เดือน/ปี)**	**ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ**	**หมายเหตุ**
1.	ลงทะเบียนและตรวจสอบสิทธิการรักษา	1.ลงทะเบียนผู้ป่วย ยื่นบัตร ห้องเบอร์ 29 อาคาร 8 ชั้น 1	10	นาที	งานเวชระเบียน	
2.	พบแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดที่กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู	1.ลงทะเบียนที่หน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู 2.เข้ารับบริการจากกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู	5-10 30-60	นาที นาที	กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู	
3.	รับยาและชำระเงิน	1.รับยา ที่กลุ่มงานเภสัชกรรม อาคาร 8 ชั้น1 2.ชำระเงิน ที่ห้องการเงิน อาคาร 8 ชั้น 1	20	นาที	กลุ่มงานเภสัชกรรมและการเงิน	
					ระยะเวลาดำเนินการรวม :	**65-100 นาที**

8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
☑ **ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว**

9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ						
9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ						
ที่	**รายการเอกสารยืนยันตัวตน**	**ส่วนงานรับผิดชอบ**	**จำนวนเอกสารฉบับจริง**	**จำนวนเอกสารสำเนา**	**หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)**	**หมายเหตุ**
1	ประเภทเอกสารยืนยันตัวตน 1. บัตรประจำตัวประชาชน	กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู	1		ฉบับ	
9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						
ที่	**รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม**	**ส่วนงานรับผิดชอบ**	**จำนวนเอกสารฉบับจริง**	**จำนวนเอกสารสำเนา**	**หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)**	**หมายเหตุ**
1 2 3 4	ใบนัดตรวจ ประวัติการรักษา ผลการตรวจพิเศษ ใบส่งต่อการรักษา	กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู	1 1 1	1	ฉบับ ชุด ชุด ฉบับ	

10. ค่าบริการ (ข้อมูล ณ วันที่ 24 ธันวาคม 2562)	
รายละเอียดค่าบริการ โดยประมาณ :	1.ค่าบริการแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 150-200 บาท/ครั้ง 2.ค่าบริการกายภาพบำบัด 250-500 บาท/ครั้ง 3.ค่าบริการทางการแพทย์ 50 บาท/ครั้ง 4.ค่ายา 1,000-2,000 บาท/ครั้ง 5.ค่าบริการทดสอบโดยเครื่องตรวจการทำงานของหัวใจและปอด (CPET) 1,500 บาท/ครั้ง 6.ค่าบริการฟื้นฟูหัวใจ 300-400 บาท/ครั้ง 7.ค่าบริการฟื้นฟูโรคระบบทางเดินหายใจ 300-450 บาท/ครั้ง 8.ค่าบริการกายภาพบำบัดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ 220-500 บาท/ครั้ง 9.ค่าบริการเครื่องนวดกระตุ้นการทำงานของหัวใจ(ECP) 1,500 บาท/ครั้ง 10.ค่าบริการฝังเข็ม 150-200 บาท/ครั้ง
หมายเหตุ :	ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง, ประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือประกันสังคม ไม่มีค่าใช้จ่าย (ยกเว้นรายการตรวจหรือยาบางชนิด ที่ไม่สามารถเบิกได้ตามสิทธิ)

11. ช่องทางรับชำระค่าบริการ	
1.	ชำระด้วยเงินสดและบัตรเครดิต (ขั้นต่ำ 1,000 บาท) ที่ฝ่ายการเงิน อาคาร 8 ชั้น 1

12. ช่องทางการให้ข้อเสนอแนะ ติชม ร้องเรียน	
1.	กล่องรับความคิดเห็น สถาบันโรคทรวงอก
2.	ช่องทางแสดงความคิดเห็นออนไลน์ (สแกน QR code ที่กล่องรับความคิดเห็น)
3.	สายด่วนรับเรื่องร้องเรียน 02-547-0999 ต่อ 30048

13. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี)	
ชื่อเอกสาร :	-
ขอรับเอกสาร :	-

14. หมายเหตุ

**** ส่งคู่มือการให้บริการฉบับสมบูรณ์ ภายในวันที่ 31 พฤษภาคม 2562 ที่ psd.dms.moph@hotmail.com**