

คู่มือการให้บริการ : การรับบริการทำกายอุปกรณ์เสริม เทียม ในงานกายอุปกรณ์
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานกายอุปกรณ์ กลุ่มภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์
 ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ส่วนของการสร้างกระบวนการ	
1. ชื่อกระบวนการ :	การรับบริการทำกายอุปกรณ์เสริม เทียม ในงานกายอุปกรณ์
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	งานกายอุปกรณ์ กลุ่มภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์
3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ :	ผู้ป่วยนัดทำกายอุปกรณ์ เฉลี่ยสัปดาห์ละ 40-50 ราย

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ/กระบวนการ : การรับบริการทำกายอุปกรณ์เสริม เทียม ในงานกายอุปกรณ์	
5. ช่องทางและรูปแบบการให้บริการ :	
5.1 ประเภทช่องทาง :	5.2 วันที่เปิดให้บริการ :
1. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	<input checked="" type="checkbox"/> วันจันทร์ <input checked="" type="checkbox"/> วันอังคาร <input checked="" type="checkbox"/> วันพุธ <input checked="" type="checkbox"/> วันพฤหัสบดี
2. สถานที่ ที่ตั้ง 88/26 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี	<input checked="" type="checkbox"/> วันศุกร์ <input type="checkbox"/> วันเสาร์ <input type="checkbox"/> วันอาทิตย์
3. รูปแบบการให้บริการคลินิกในเวลา คลินิกนอกเวลาราชการ	<input type="checkbox"/> ไม่เว้นวันหยุดราชการ
4. เว็บไซต์และช่องทางออนไลน์ www.snmri.go.th	5.3 เวลาที่เปิดให้บริการ :
5. โทรศัพท์ 02-5915455, 02-5914242 ต่อ 6705	คลินิกในเวลา <input checked="" type="checkbox"/> 08.30-16.30 น.
6. อีเมล snmrc.opd@gmail.com	คลินิกนอกเวลา วันจันทร์-วันศุกร์ <input type="checkbox"/> 15.30-19.30 น. วันเสาร์-วันอาทิตย์ <input type="checkbox"/> 08.00-12.00 น.
หมายเหตุ :	
- ต้องมารับการตรวจประเมินจากแพทย์ที่งานบริการผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการก่อน	

6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ (ถ้ามี) สามารถนัดผู้รับบริการเข้าคิวทำกายอุปกรณ์ได้ในกรณีที่มีอุปกรณ์เท่านั้น หากไม่มีอุปกรณ์ งานกายอุปกรณ์จะลงคิวของท่านไว้ โดยจะเรียกมาทำตามคิวที่ท่านมาตรวจเมื่อการจัดซื้อจัดจ้างเรียบร้อยแล้วและมีอุปกรณ์ให้บริการ						
7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ						
ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยเวลา	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	ยื่นใบนัดเข้ารับทำกายอุปกรณ์	ผู้รับบริการ ติดต่อเจ้าหน้าที่เพื่อทำกายอุปกรณ์	5	นาที	งานธุรการ งานกายอุปกรณ์	
2.	ตรวจประเมิน หล่อแบบ วัดแบบ วาดแบบ(นัดวันจันทร์)	ผู้รับบริการ ได้รับการประเมินก่อนทำกายอุปกรณ์ตามเกณฑ์	30	นาที	นัก/ช่างกายอุปกรณ์	
3.	ขั้นตอนการผลิตกายอุปกรณ์	นัก/ช่างกายอุปกรณ์ ดำเนินการผลิตชิ้นงาน	3-5	วัน	นัก/ช่างกายอุปกรณ์	
4.	นัดผู้รับบริการลองใช้กายอุปกรณ์ (นัดวันพุธสัปดาห์ถัดไป)	ผู้รับบริการทดลองใช้กายอุปกรณ์ โดยมีแพทย์ร่วมการประเมิน	30 - 60	นาที	แพทย์ นักกายอุปกรณ์ ที่งานกายอุปกรณ์	ขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของกายอุปกรณ์
5.	ขั้นตอนการแต่งแบบ	นัก/ช่างกายอุปกรณ์ ดำเนินการแต่งชิ้นงานให้สวยงามและเหมาะสมกับผู้รับบริการ	60 - 120	นาที	นัก/ช่างกายอุปกรณ์	ขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของกายอุปกรณ์
6	นัดรับกายอุปกรณ์ (นัดวันพุธสัปดาห์ถัดไป)	ผู้รับบริการได้รับกายอุปกรณ์พร้อมได้รับคำแนะนำวิธีการใช้และการดูแลรักษา	15 - 20	นาที	งานกายอุปกรณ์	
7.	ขั้นตอนการตรวจประเมินและติดตามผล					
ระยะเวลาดำเนินการรวม :						7 วัน

8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
<input checked="" type="checkbox"/> ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย)

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. บัตรคนพิการตามกฎหมาย 3. บัตรประกันสังคม	กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนา สังคมและความ มั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน	✓ ✓ ✓	-	-	

9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยืนยันเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ที่	รายการเอกสารยืนยันเพิ่มเติม	ส่วนงาน/หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ

10. ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ (ข้อมูล ณ วันที่ 27 กรกฎาคม 2559)	
รายละเอียดค่าธรรมเนียม :	ค่ารักษาพยาบาล (ขึ้นอยู่กับสิทธิการรักษาพยาบาล)
ค่าธรรมเนียม :	ฟรี

11. ช่องทางรับชำระค่าบริการ/ค่ารักษาพยาบาล	
1.	งานการเงิน ช่องหมายเลข9 ตึกอำนวยการชั้น1
2.	-

12. ช่องทางการร้องเรียน	
1.	www.snmri.go.th
2.	กล่องรับความคิดเห็น
3.	snmrc.opd@gmail.com



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

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

14. หมายเหตุ
กรณีคนพิการใช้สิทธิผู้ประกันตนระเบียบค่ารักษาพยาบาลจะเป็นไปตามสิทธิของตน ควรศึกษาสิทธิการรักษาจากต้นสังกัดให้ดีก่อนมารับบริการ