

คู่มือการให้บริการ : การรับบริการธาราบำบัด ในงานกายภาพบำบัด
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานกายภาพบำบัด กลุ่มภารกิจวิชาการและการแพทย์
 ต้นสังกัดที่รับผิดชอบ : สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ส่วนของการสร้างกระบวนการ	
1. ชื่อกระบวนการ :	การรับบริการธาราบำบัด ในงานกายภาพบำบัด
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :	งานกายภาพบำบัด กลุ่มภารกิจวิชาการและการแพทย์
3. ข้อมูลผู้ใช้งานบริการ	
กลุ่มและจำนวนผู้ใช้บริการ :	ผู้มารับบริการงานธาราบำบัด

ส่วนของคู่มือการให้บริการ	
4. ชื่องานบริการ/กระบวนการ :	
การประกันเวลาการลงธาราบำบัดไม่น้อยกว่า 45 นาที ในเกณฑ์ที่ผู้มารับบริการอยู่ในสภาวะปกติ	
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 checked="" 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 8950	คลินิกในเวลา <input checked="" type="checkbox"/> 08.30-16.30 น.
6. อีเมล snmrc.opd@gmail.com	คลินิกนอกเวลา วันจันทร์-วันศุกร์ <input checked="" type="checkbox"/> 16.00-20.00 น. วันเสาร์ <input checked="" type="checkbox"/> 08.30-12.00 น.
หมายเหตุ :	
- ต้องมารับการตรวจประเมินจากแพทย์ที่งานบริการผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการก่อน	

6. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขอรับบริการ (ถ้ามี)

สามารถนัดผู้รับบริการเข้าคิวธาราบำบัดได้หลังจากแพทย์ที่งานบริการผู้ป่วยนอกประเมินตามข้อบ่งชี้การลงธาราบำบัดได้ครบถ้วน โดยดำเนินการนัดวันรับบริการลงธาราบำบัดเรียบร้อยแล้ว และในวันนัดลงธาราบำบัด ผู้รับบริการต้องมาก่อนเวลานัด 15 นาที

7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยเวลา	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	ยื่นใบนัดการรับบริการลงธาราบำบัด	ผู้มารับบริการติดต่อเจ้าหน้าที่ที่ห้องธาราบำบัดเพื่อแสดงตน <u>ก่อนเวลานัดหมาย 15 นาที</u>	2	นาที	งานธุรการ ธาราบำบัด	ได้รับชี้แจงตามสื่อแผ่นพับ เรื่องระเบียบการปฏิบัติตัวก่อนลงธาราบำบัดและขั้นตอนการรับมาบริการตั้งแต่วันนัดแล้ว
2.	ประเมินสภาพร่างกายก่อนลงสระ	ผู้มารับบริการ ได้รับการประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการไข้ ประเมินบาดแผล	5	นาที	งานธุรการ งานธาราบำบัด	หากผู้มารับบริการมีสภาพร่างกายไม่พร้อมหรือสัญญาณชีพไม่อยู่ในสภาวะปกติจะไม่รับการรักษาในวันนั้นหรืออาจพบแพทย์
3.	เตรียมความพร้อมก่อนลงธาราบำบัด	ผู้รับบริการได้รับการคัดกรองตามแบบฟอร์ม และตรวจร่างกายจากนักกายภาพบำบัดอีกครั้งสำหรับครั้งแรกของฝึกเพื่อความปลอดภัยก่อนลงธาราบำบัด	10	นาที	นักกายภาพบำบัด	
4.	ลงธาราบำบัด	ผู้รับบริการได้รับการฝึกในธาราบำบัด	45	นาที	สระธาราบำบัด	
5.	ประเมินสภาพร่างกายหลังลงสระ	ผู้มารับบริการ ได้รับการประเมินสัญญาณชีพ	3	นาที	งานธุรการ งานธาราบำบัด	
ระยะเวลาดำเนินการรวม :						65 นาที

8. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

- ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
(หากผ่านการลดขั้นตอนและระยะเวลามาแล้วให้เลือกที่ช่องนี้ด้วย)

9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

9.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1	ประเภทเอกสารยืนยันตัวตน 1. บัตรประจำตัวประชาชน 2. บัตรคนพิการตามกฎหมาย 3. บัตรประกันสังคม	กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน	✓ ✓ ✓	-	-	

9.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร (ฉบับ/ชุด)	หมายเหตุ
1.	บัตรนัดลงธาราบ้ำบัด	งานธาราบ้ำบัด	1		ฉบับ	

10. ค่าธรรมเนียม/ค่าบริการ (ข้อมูล ณ วันที่ 27 กรกฎาคม 2559)

รายละเอียดค่าธรรมเนียม : ค่ารักษาพยาบาล (ขึ้นอยู่กับสิทธิการรักษาพยาบาล)

ค่าธรรมเนียม : ฟรี

11. ช่องทางรับชำระค่าบริการ/ค่ารักษาพยาบาล

1. งานการเงิน ช่องหมายเลข9 ตึกอำนวยการชั้น1

2. -



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

12. ช่องทางการร้องเรียน

- | | |
|----|---------------------|
| 1. | www.snmri.go.th |
| 2. | กล่องรับความคิดเห็น |
| 3. | snmrc.opd@gmail.com |

13. ตัวอย่างแบบฟอร์ม และคู่มือการกรอก (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี)

ชื่อเอกสาร :

ขอรับเอกสาร :

14. หมายเหตุ

ผู้รับบริการต้องเตรียมตัวให้พร้อมตามคำแนะนำที่ให้ในวันที่มาในวันรับบริการลงราราบำบัดอย่างเคร่งครัด
เพื่อความสะดวกของท่าน