

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลแพลงยาว

ชื่อ-สกุลผู้รับคำปรึกษา..... HN..... เรื่อง.....

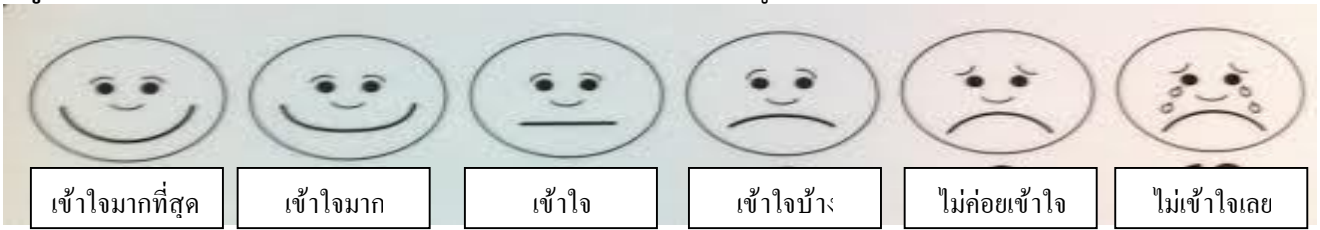
วันที่มารับบริการ..... ครั้งที่..... ชื่อผู้ให้คำปรึกษา.....

FBS = BP = BMI = eGFR =

ปัญหาสำคัญของผู้รับบริการในครั้งนี

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

ความรู้ความเข้าใจก่อนให้คำปรึกษา (โปรดเลือกใบหน้าที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน)



ความรู้ความเข้าใจหลังให้คำปรึกษา (โปรดเลือกใบหน้าที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน)



ประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อผู้ให้คำปรึกษาภายหลังให้คำปรึกษา

พอใจมากที่สุด พอใจมาก พอใจปานกลาง พอใจน้อย ไม่พอใจ
 ยุติบริการ นัดเพื่อรับบริการครั้งต่อไปวันที่..... เวลา.....น.

คำแนะนำ

-
-
-
-

เป้าหมาย

-
-
-