

แบบประเมินความพึงพอใจ

การจัดกิจกรรมโครงการพัฒนาเครือข่ายโรงพยาบาลเสริมสุขภาพ
ในด้านการบริการอาหารสุขภาพลดหวาน มัน เค็ม

คำชี้แจง : แบบประเมินเพื่อนำความคิดเห็นและความพึงพอใจที่ได้ ไปปรับปรุงการบริการให้มีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการต่อไป



ตอนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน

1.สถานะผู้ประเมิน

- ☐ ผู้ป่วย/ญาติ ☐ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)

2.เพศ

- ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ ไม่ระบุ

3.จำนวนครั้งที่ท่านมากินอาหารที่โรงพยาบาลใน 1 เดือน

- ☐ มากกว่า 15 ครั้ง ☐ 10 – 15 ครั้ง ☐ น้อยกว่า 10 ครั้ง



ตอนที่ 2 : ระดับความพึงพอใจ

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่าน (คะแนนระหว่าง น้อยที่สุด ถึง มากที่สุด)

	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ท่านรู้สึกพอใจที่โรงพยาบาลมีร้านขายอาหารสุขภาพ	☐	☐	☐	☐	☐
2.ท่านรู้สึกพอใจกับความหลากหลายของรายการอาหารในแต่ละวัน	☐	☐	☐	☐	☐
3.ท่านรู้สึกพอใจกับการแต่งกายและความสะอาดของคณวย	☐	☐	☐	☐	☐
4.ท่านรู้สึกพอใจกับสื่อประชาสัมพันธ์ร้านอาหารสุขภาพในโรงพยาบาล	☐	☐	☐	☐	☐
5.ท่านรู้สึกพอใจกับความสะอาดของร้านอาหาร	☐	☐	☐	☐	☐



ตอนที่ 3 : ท่านเลือกกินอาหารเพื่อสุขภาพหรือไม่

1. ท่านเลือกกินอาหารเพื่อสุขภาพหรือไม่

- ☐ กิน ☐ ไม่กิน

หากตอบ “กิน” โปรดตอบคำถามด้านล่าง)

ชื่อร้านเมนู

	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.รสชาติของอาหาร	☐	☐	☐	☐	☐
2.ปริมาณอาหารในแต่ละจาน	☐	☐	☐	☐	☐
3.ปริมาณอาหาร ต่อ ราคาจำหน่าย	☐	☐	☐	☐	☐
4.คุณภาพของวัตถุดิบในการทำอาหาร	☐	☐	☐	☐	☐
5.ความสะอาดของอาหาร	☐	☐	☐	☐	☐
6.ความสะอาดของภาชนะและอุปกรณ์	☐	☐	☐	☐	☐

2. ท่านจะกินอาหารสุขภาพต่อไปอีกหรือไม่

- ☐ กิน ☐ ไม่กิน

3. ท่านจะแนะนำให้คนอื่นให้กินอาหารสุขภาพหรือไม่

- ☐ แนะนำ ☐ ไม่แนะนำ