

**ภาคผนวก**

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Chiang Mai University

## ภาคผนวก ก

## แบบสอบถาม

## เรื่อง

ความพึงพอใจของลูกค้าประกันชีวิตต่อการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน  
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้เป็นการรวบรวมข้อมูล เพื่อศึกษาเรื่อง “ความพึงพอใจของลูกค้าประกันชีวิตต่อการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลเอกชน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่” สำหรับทำการค้นคว้าแบบอิสระของนักศึกษาปริญญาโทสาขาบริหารธุรกิจสำหรับผู้บริหาร คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ข้อมูลที่ได้จะใช้เป็นข้อมูลเพื่อการศึกษาเท่านั้น จึงขอความกรุณาท่าน โปรดตอบแบบสอบถามตามความรู้สึกที่เป็นจริงมากที่สุด ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ
 

<input type="checkbox"/> 1. ชาย	<input type="checkbox"/> 2. หญิง
---------------------------------	----------------------------------
2. สถานภาพครอบครัว
 

<input type="checkbox"/> 1. สมรส	<input type="checkbox"/> 2. โสด	<input type="checkbox"/> 3. อื่น ๆ (ระบุ).....
----------------------------------	---------------------------------	--
3. อายุ
 

<input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่า 20 ปี
<input type="checkbox"/> 2. 20-30 ปี
<input type="checkbox"/> 3. 31-40 ปี
<input type="checkbox"/> 4. 41-50 ปี
<input type="checkbox"/> 5. มากกว่า 50 ปี
4. การศึกษาสูงสุด
 

<input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่า ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 2. ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 3. สูงกว่า ปริญญาตรี

5. อาชีพ
- ( ) 1. ข้าราชการ, พนักงานรัฐวิสาหกิจ
  - ( ) 2. นักเรียน, นักศึกษา
  - ( ) 3. ค้าขาย (เจ้าของกิจการส่วนตัว)
  - ( ) 4. รับจ้าง
  - ( ) 5. อื่น ๆ (ระบุ).....
6. รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน (ส่วนตัว)
- ( ) 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท
  - ( ) 2. 5,000 – 10,000 บาท
  - ( ) 3. 10,001 – 20,000 บาท
  - ( ) 4. 20,001 บาทขึ้นไป
7. ท่านทำอาชีพนี้มานานเท่าไร
- ( ) 1. ต่ำกว่า 1 ปี
  - ( ) 2. 1 ปี – 5 ปี
  - ( ) 3. 6 ปี – 10 ปี
  - ( ) 4. มากกว่า 10 ปี
8. บริษัทประกันชีวิตที่ท่านเลือกทำประกัน
- ( ) 1. บริษัทของไทย
  - ( ) 2. บริษัทร่วมทุนไทยและต่างประเทศ
  - ( ) 3. บริษัทต่างประเทศ

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการเรียกร้อยค่ารักษาพยาบาล โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่แสดงถึงระดับความพึงพอใจในการบริการที่ท่านได้รับ

กลุ่มที่มีผลก่อนรับบริการ	ความคาดหวัง				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. บริษัทมีความเชื่อถือในด้านความมั่นคง					
2. บริษัทมีความเชื่อถือในด้านความซื่อสัตย์ต่อลูกค้า					
3. บริษัทมีความรวดเร็วในการให้บริการด้านการเรียกร้อยค่ารักษาพยาบาล					
4. บริษัทมีนโยบายให้ค่าชดเชยในการเรียกร้อยค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าบริษัทอื่นในวงเงินที่เท่ากัน					
5. บริษัทมีขั้นตอนในการเรียกร้อยค่าไม่ยุ่งยากซับซ้อน					
6. พนักงานของบริษัทเต็มใจในการให้บริการหลังการทำประกัน					
กลุ่มที่มีผลขณะรับบริการ	ความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พอใจ
7. สามารถติดต่อตัวแทนได้ง่าย					
8. มีตัวแทนให้บริการรับคำร้องถึงที่บ้าน/ที่ทำงาน					
9. แบบฟอร์มไม่ยุ่งยากซับซ้อน					
10. แบบฟอร์มไม่มากจนเกินไป					
11. บุคคลภายนอกที่เกี่ยวข้องในการกรอกแบบฟอร์มเช่น แพทย์ พยาบาลเข้าใจและรู้จักวิธีการกรอกแบบฟอร์มเป็นอย่างดี					
12. ตัวแทนสามารถชี้แจงและแนะนำวิธีการกรอกได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง					
13. ระยะเวลาดำเนินการเกี่ยวกับเอกสารไม่ใช้เวลามากเกินไป					

กลุ่มที่มีผลหลังรับบริการ	ความพึงพอใจเมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวังก่อนรับบริการ					
	พึงพอใจมากที่สุด	พึงพอใจมาก	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจน้อย	ไม่พึงพอใจ	ไม่เคยใช้บริการ
14. บริษัทมีความเชื่อถือในด้านความมั่นคง						
15. บริษัทมีความน่าเชื่อถือในด้านความซื่อสัตย์ต่อลูกค้า						
16. บริษัทมีความรวดเร็วในการให้บริการด้านการเรียกค่ารักษาพยาบาล						
17. บริษัทมีนโยบายให้ค่าชดเชยในการเรียกค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าบริษัทอื่นในวงเงินเท่ากัน						
18. บริษัทมีขั้นตอนในการเรียกร้องไม่ยุ่งยากซับซ้อน						
19. พนักงานของบริษัทเต็มใจในการให้บริการหลังการทำประกัน						

กลุ่มที่มีผลหลังรับบริการ	ความพึงพอใจเมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวังก่อนรับบริการ					
	พึงพอใจมากที่สุด	พึงพอใจมาก	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจน้อย	ไม่พึงพอใจ	ไม่เคยใช้บริการ
20. ในภาพรวมทั้งระบบการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลท่านมีความพึงพอใจอยู่ในระดับใด						
21. ถ้าท่านเคยเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลมากกว่า 1 ครั้งท่านมีความพึงพอใจทุกครั้งหรือไม่						
22. ในภาพรวมท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการของบริษัทประกันชีวิตคุ้มค่างบเงินที่ท่านจ่ายไปมากน้อยเพียงใด						

**ตอนที่ 3**

ในการใช้บริการเรียกรถแท็กซี่จากบริษัทประกันชีวิตท่านพบปัญหาด้านใดมากที่สุด (ระบุ)

ก่อนรับบริการ.....

.....

ขณะรับบริการ.....

.....

หลังรับบริการ.....

.....

ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา (ระบุ)

ก่อนรับบริการ.....

.....

ขณะรับบริการ.....

.....

หลังรับบริการ.....

.....

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Chiang Mai University

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล

ในการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันชีวิตมีแนวทางปฏิบัติดังนี้



ในกรณีที่เข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแล้วต้องการจ่ายเงินสำรองไปก่อนแล้วจึงทำการเรียกร้องภายหลังก็สามารถทำได้เลย โดยนำใบแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมชดเชย (ตามตัวอย่างที่แนบ) ให้แพทย์ผู้ทำการรักษากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน แล้วจึงนำส่งบริษัทประกันชีวิต หรือมอบหมายให้ตัวแทนประกันชีวิตทำการเรียกร้องแทน

เสร็จสิ้นกระบวนการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล

ส่วนที่ 1 (Admission)

บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชันแนลเฮลท์แคร์ จำกัด

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง

<input type="checkbox"/> AIA Health Care / Care Card โทรสาร 0-2638-6555,0-2266-0377-80 <input type="checkbox"/> Fax Claim Service (FCS) โทรสาร 0-2267-6580,0-2637-0498	จาก	โรงพยาบาล.....	ห้อง.....
		หมายเลขโทรสาร.....	ชื่อผู้ส่ง.....

ตอนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกัน

รหัส VRS : \_ \_ \_

อ-สกุล..... วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี เพศ.....  
 อาชีพ..... บัตรประชาชนอื่นๆ (ระบุ)..... เลขที่บัตร.....  
 อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....  
 จขที่กรมธรรม์..... ใบรับรอง เลขที่.....  
 บริษัทประกันอื่น ๆ (ถ้ามี โปรดระบุ)..... เลขที่กรมธรรม์.....

**กรณีอุบัติเหตุส่วนบุคคล (AIA Care Card) เลขที่กรมธรรม์..... ลำดับที่(ถ้ามี)..... จากกาเกิดเหตุครั้งนี้**  
 ) ไม่เคยรักษาที่ใด ( ) เคยรักษาที่..... เมื่อ..... โดยใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงิน..... บาท  
 ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายเช็คค่าการรักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้า  
 คชชอบแล้ว ตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถาน  
 พยาบาลโดยตรง

**หมายเหตุ:** บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของท่านอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อหาเว้นของกรมธรรม์  
 ข้าพเจ้าขอลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความ  
 ค ๆ เกี่ยวกับ การเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ  
 การตรวจทดสอบผลเลือด และการตรวจรักษาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคมุ้กับกันบกพร่อง พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ค่อบริษัท  
 เรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท ๆ หนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัท ทั้งด้านหน้าและด้านหลังของเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้อง  
 งามเจตนาของข้าพเจ้าแล้ว จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ตามที่ระบุไว้ทั้งด้านหน้าและด้านหลังของเอกสารนี้ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน พยาน..... พยาน.....  
 (.....) วันเดือนปี..... (.....) (.....)

ตอนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษาเบื้องต้น

Admission Date .....Time.....	Underlying diseases.....
/ital signs T:.....BP.....P.....R.....	Provisional Diagnosis.....
Chief complaint/duration.....	Indication for Admission.....
Cause & Details of Present illness (or injury).....	Plan of Treatment .....
History of previous treatment (Date&Place).....	Expected Length of stay .....day(s)
The illness directly related to an accident ( ) Yes (Cause&Date)..... ( ) No Others	Others..... <input type="checkbox"/> Private case <input type="checkbox"/> Hospital case
The illness or injury influenced by alcohol or drug addict ( ) Yes..... ( ) No	Signature..... (.....) Medical License No.....

ส่วนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

Ref No. : \_ \_ \_ \_ \_

**บริษัทได้พิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับ** ขอเรียนว่า ( ) ยืนยันสิทธิเบื้องต้น (\*ทางบริษัทขอสงวนสิทธิ์การจ่ายค่าสภาวะไม่ได้รับความคุ้มครองตามสัญญา)  
 ไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจาก ( ) สัญญาขาดผลบังคับ ( ) เป็นข้อยกเว้นตามเงื่อนไขกรมธรรม์  
 ( ) อายุสัญญาอยู่ในระยะเวลาที่ยังไม่สามารถใช้สิทธิได้ก่อน ..... เดือน  
 ( ) อื่นๆ.....  
 ลงชื่อ..... ผู้พิจารณา บริษัท..... วันที่..... เวลา.....



บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชชั่นแนลเฮลท์แคร์ จำกัด

ส่วนที่ 2 Physician Discharge Summary

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง

ถึง	<input type="checkbox"/> AIA Health Care / Care Card โทรสาร 0-2638-6555,0-2266-0377-80	จาก	โรงพยาบาล.....ห้อง.....
	<input type="checkbox"/> Fax Claim Service (FCS) โทรสาร 0-2267-6580,0-2637-0498		หมายเลขโทรสาร.....ชื่อผู้ส่ง.....

Patient's Name : .....HN.....AN.....  
 Admission Date .....Time..... Discharge Date.....Time.....

Please give detail relating to this treatment

\*Please use medical terminology

**For Illness :** 1. Date you first saw this patient for this illness : .....  
 2. Chief complaint and duration of symptoms : .....  
 3. In your opinion, how long should this symptoms persist for this illness : .....

**For Accident:** 1. Date & Time of accident .....Date & Time you first saw this patient.....  
 2. Cause of accident, nature of wound and injured organs.....  
 3. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital? ( ) No ( ) Yes.....

Peritinent Clinical findings (Symptoms & Signs).....  
 .....

Underlying diseases.....

Investigations/ Pahological studies.....  
 .....

Diagnosis 1 ..... ICD10 .....

Diagnosis 2 ..... ICD10 .....

Diagnosis 3 ..... ICD10 .....

(Please fill the diagnosis that treated on this admission, not including the underlying diseases or conditions not treated: please ranking from the most important dx to the less one)

Treatment.....  
 .....

Surgery..... ICD 9 CM or 10 TM .....

Result /Complications.....

Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? ( ) No ( ) Yes.....

For Female Is the patient pregnant? ( ) No ( ) Yes Gestational age.....Wks

Was the treatment relate to infertility? ( ) No ( ) Yes.....

HIV ( ) Not done ( ) Done Result.....

Has patient ever been treated by other doctor before? ( ) No ( ) Yes, please give name and address.....

Past History

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Physicians

For accident: estimated time for recovery.....

Other comments.....

Signature..... Medical License No.....  
 Ref. ○○○○○○○○○ (.....) Date .....

ส่วนที่ 3. แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name	Age	Sex	ID No.															
	H.N.#	A.N.#	X.N.#															
Date admitted	Time	Date discharged	Time															
<b>1. FOR ILLNESS</b> a) How long had the patient experienced these symptom ?  b) How long did you feel the symptoms existed prior to this consultation ?  c) Did you advise the patient that he should be admitted to hospital ? <input type="checkbox"/> Yes, Please give the indication <input type="checkbox"/> No	<b>2. FOR ACCIDENT</b> a) Date & time of accident Date _____ Time _____  b) Cause of accident  c) Was the patient under the influence of alcohol at the time he / she came to the hospital ? <input type="checkbox"/> Yes, Please give details <input type="checkbox"/> No																	
<b>3. Chief complaint / symptom &amp; signs</b>  The patient's symptoms at the time of your last consultations / examination ?		<b>4. Present illness / Detail of Injury</b>																
<b>5. Investigation / Laboratory reports</b>  HIV Test <input type="checkbox"/> Yes, Please give result <input type="checkbox"/> No	<b>6. (a) Treatment given (such as number of stitches, medical given, physiotherapy, etc.)</b>  (b) Surgery performed <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px;">ICD 9CM</td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr></table>  <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px;">CPT</td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr></table> Pathology result                      Patho No.                      Date performed  Surgeon's Name                      Qualification  (c) Result of investigations such as neurological exam, lab test, ECG, X-ray, etc. :  (d) Type of anesthetic :			ICD 9CM					CPT									
ICD 9CM																		
CPT																		
<b>7. Diagnosis 1</b>  ICD 10 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr></table> Diagnosis 2  ICD 10 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr></table> Diagnosis 3 (including principle underlying condition and complication)  ICD 10 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr></table>																(c) Result of investigations such as neurological exam, lab test, ECG, X-ray, etc. :  (d) Type of anesthetic :		
<b>8. (a) Prognosis</b> <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor (b) Any Possibility of having a relapse ?	(c) Result of investigations such as neurological exam, lab test, ECG, X-ray, etc. :  (d) Type of anesthetic :																	
<b>9. Date first saw the patient for this illness / injury</b>	<b>10. Date of the last treatment</b>																	

**ข้อควรทราบ**

ผู้ใดในการประกอบกรงานวิชาชีพ สาธารณชนเป็นเอกสารนี้เป็นเหตุ โดยประการที่อาจเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ผู้ใดกระทำความผิดทางอาชญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือ ปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือ ทั้งจำ ทั้งปรับ และกักขัง ต้องชดใช้ค่าเสียหายทดแทนในทันทีที่อีกโดยทันที

### ภาคผนวก ก

#### จรรยาบรรณของตัวแทนประกันชีวิต

1. มีความซื่อสัตย์สุจริตต่อผู้เอาประกัน บริษัท และเพื่อนร่วมอาชีพ
2. ให้บริการที่ดีอย่างสม่ำเสมอ และชี้แจงให้ผู้เอาประกันทราบถึงสิทธิ และหน้าที่เพื่อรักษาผลประโยชน์ของผู้เอาประกัน
3. รักษาความลับของผู้เอาประกัน และบริษัทต่อบุคคลภายนอก
4. เปิดเผยข้อเท็จจริงของผู้เอาประกันส่วนที่เป็นสาระสำคัญ เพื่อการพิจารณารับประกัน หรือเพื่อความสมบูรณ์แห่งกรมธรรม์
5. ไม่เสนอแนะให้ผู้เอาประกันทำประกันเกินความสามารถในการชำระเบี้ยประกันหรือเสนอขายนอกเหนือเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์
6. ไม่แนะนำให้ผู้เอาประกัน สละกรมธรรม์เดิมเพื่อทำสัญญาใหม่หากทำให้ผู้เอาประกันเสียผลประโยชน์
7. ไม่ลดหรือเสนอที่จะลด ค่าบำเหน็จเพื่อเป็นการจูงใจให้ผู้เอาประกันชีวิต
8. ไม่กล่าวให้ร้ายทับถมตัวแทนประกันชีวิตหรือบริษัทอื่น
9. หมั่นศึกษาหาความรู้ในวิชาชีพเพิ่มเติมอยู่เสมอ
10. ประพฤติตนอยู่ในศีลธรรมและประเพณีอันดีงามทั้งธำรงไว้ซึ่ง เกียรติ ศักดิ์ศรี และคุณธรรมแห่งอาชีพปฏิญาณ

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางวริศรา คุณผล
วันเดือนปีเกิด	24 พฤษภาคม 2504
ประวัติการศึกษา	ปี 2510 – 2513 ประถมศึกษาตอนต้นจากโรงเรียนวัดท่าตันจี่ว ปี 2514 – 2516 ประถมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนป่าซาง ปี 2517 – 2519 มัธยมต้น จากโรงเรียนสวนนุญโญปถัมภ์ลำพูน ปี 2520 – 2521 มัธยมศึกษาตอนปลายจาก โรงเรียนสวนนุญโญปถัมภ์ ลำพูน ปี 2522 – 2525 ปริญญาตรีจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น
ประสบการณ์การทำงาน	ปี 2526 - 2528 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 3 โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ ปี 2528 – 2529 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 3 โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร ปี 2530 - 2539 เป็นผู้จัดการสาขา – แพนคลินิคสาขาเชียงใหม่ ปี 2540 – 2544 เป็นผู้ตรวจการพยาบาล สถานบริการสุขภาพ พิเศษมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปี 2544 – ปัจจุบัน เป็นผู้จัดการฝ่ายพัฒนาคุณภาพ – โรงพยาบาลเซ็น ทรัลเชียงใหม่เมโมเรียล