



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

## แบบสอบถาม

เรื่อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อส่วนประสมการตลาดบริการของแผนกทันตกรรม โรงพยาบาล  
เชียงใหม่ราม

แบบสอบถามชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สำหรับ  
ผู้บริหาร คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อนำไปใช้ประกอบการจัดทำรายงานการค้นคว้าอิสระ จึง  
ใคร่ขอความร่วมมือจากท่านกรุณาตอบแบบสอบถามชุดนี้โดยทำเครื่องหมาย✓ตามความเป็นจริงและ  
ขอขอบคุณด้วยใจที่กรุณาใช้เวลาเพื่อให้ทุกๆคำถามครบสมบูรณ์

นางสาววิสุทธิ์ลีตา ตันสถิตย์  
นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ

1. 11-20 ปี

2. 21-30 ปี

3. 31-40 ปี

4. 41-50 ปี

5. 51-60 ปี

6. มากกว่า 60 ปี

3. เชื้อชาติ

1. ไทย

2. อื่นๆ โปรดระบุ.....

4. ระดับการศึกษา

1. ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย

2. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวท.

3. อนุปริญญา/ปวส.

4.ปริญญาตรี

5. ปริญญาโทหรือสูงกว่า

5. อาชีพ

1. นักเรียน/นักศึกษา

2. พ่อบ้าน/แม่บ้าน

3. พนักงานรัฐวิสาหกิจ/บริษัท/ร้านค้า

4. ข้าราชการ

5. ธุรกิจส่วนตัว/เอกชน

6. ครู/อาจารย์

7. อาชีพอิสระ เช่น แพทย์ สถาปนิก

8. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. รายได้ท่านเฉลี่ยต่อเดือน

1. ต่ำกว่า 10,000 บาท

2. 10,001-30,000 บาท

3. 30,001-50,000 บาท

4. 50,001-70,000 บาท

5. มากกว่า 70,000 บาท

## 7. ภูมิภาค

1. จังหวัดเชียงใหม่  2. จังหวัดอื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมของผู้รับบริการต่อการบริการทันตกรรม

1. ก่อนการมารับบริการที่ทันตกรรมโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม ท่านเคยได้รับการบริการทันตกรรมจากที่ไหนมาก่อน

1. คณะทันตแพทยฯ.  2. รพ.มหาราช (สวนดอก)  
 3. คลินิกอื่นๆ ชื่อ.....  4. ยังไม่เคยรับบริการทันตกรรมเลย  
(ถ้าเลือกคำตอบ 4 ข้ามไปคำถามข้อ 5 ได้เลย)

2. ท่านเคยเปลี่ยนการใช้บริการทันตกรรมจากคลินิกหรือโรงพยาบาลต่างๆ มาแล้วกี่แห่ง

1. 1 แห่ง  2. 2-3 แห่ง  
 3. มากกว่า 3 แห่ง  4. ไม่เปลี่ยน  
(ถ้าเลือกคำตอบ 4 ข้ามไปคำถามข้อ 5 ได้เลย)

3. สาเหตุที่ทำให้ท่าน เปลี่ยนสถานที่หรือคลินิกทันตกรรมคืออะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. มีเหตุฉุกเฉินเร่งด่วน  2. ไม่พอใจความล่าช้าของการบริการ  
 3. คลินิกไม่มีชื่อเสียงที่ดี  4. ไม่พอใจทันตแพทย์  
 5. ไม่พอใจพนักงานให้บริการ  6. ไม่มีการรับรองคุณภาพมาตรฐานต่างๆ  
 7. มีบริการไม่ครบหรือไม่มีตามที่ต้องการ  8. ญาติ/เพื่อนแนะนำให้เปลี่ยน  
 9. ทันตแพทย์ไม่น่าเชื่อถือ  10. ค่ารักษาบริการไม่เหมาะสม  
 11. ไม่สามารถเบิกประกันได้  12. บรรยากาศทั่วไปไม่น่าใช้บริการ  
 13. ไกลจากบ้าน/ที่ทำงาน  14. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. ท่านรู้สึกอย่างไรกับการบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายที่ได้รับก่อนย้ายมาใช้บริการทันตกรรมโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม

1. พอใจมาก  2. รู้สึกสบายๆ หรือเฉยๆ  
 3. ไม่พอใจเลย

5. เวลาที่ท่านสะดวก มารับบริการทันตกรรมโรงพยาบาลเชียงใหม่รามคือ(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. 09:00-12:00  2. 13:00-16:30  
 3. 17:00-20:00

6. วันไหนของสัปดาห์ที่สะดวกทำนัดเพื่อรับบริการทันตกรรมโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. จันทร์-ศุกร์  2. เสาร์-อาทิตย์ หรือ วันหยุดราชการ

7. ใครเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาบริการทันตกรรม

1. ท่านเอง/สมาชิกในครอบครัว  2. เบิกได้จากสวัสดิการต่างๆ

3. นายจ้างหรือบริษัท  4. ประกันสังคม  
 5. บริษัทประกันสุขภาพ  6. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

8. ท่านมาใช้บริการทันตกรรมโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม บ่อยแค่ไหน

1. ครั้งแรก  2. เคยใช้บริการมาแล้ว 1-2 ครั้ง  
 3. เคยใช้บริการมาแล้ว 3-4 ครั้ง  4. เคยใช้บริการมา มากกว่า 4 ครั้ง

9. ปัจจัยที่ท่านพิจารณาในการเลือกใช้บริการทันตกรรมของโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. เป็นเหตุฉุกเฉินเร่งด่วน  2. ใกล้บ้าน/ที่ทำงาน  
 3. มีชื่อเสียง  4. มีทันตแพทย์เฉพาะทาง  
 5. ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานต่างๆ  6. มีญาติพี่น้องทำงานที่นี่  
 7. มีบริการครบวงจร  8. ญาติ/เพื่อน/ผู้เคยรับบริการแนะนำมา  
 9. ทันตแพทย์น่าเชื่อถือ  10. ค่ารักษาบริการเหมาะสม  
 11. เบิกประกันได้  12. สถานที่สวยงามน่าใช้บริการ  
 13. ความสะดวกปลอดภัย  14. ต้อนรับอบอุ่นด้วยความสุภาพ  
 15. สื่อสารตอบสนองได้ดีตามความต้องการ  16. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

10. การบริการทันตกรรมที่ท่านได้รับบริการจากทันตกรรมเชียงใหม่ราม คือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ปรึกษาปัญหาช่องปาก/ฟัน  2. ตรวจและเอกซเรย์  
 3. ฟันปลอม/ใส่ฟัน  4. ครอบฟัน/สะพานฟัน  
 5. อุดฟัน  6. รักษาโรคฟัน  
 7. ถอนฟัน  8. จัดฟัน  
 9. ขูดหินปูน/ขัดฟัน  10. ผ่าตัดเหงือก/รักษาปริทันต์  
 11. ฟอกฟันขาว  12. ใส่ฟันรากเทียม  
 13. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

11. ท่านรู้สึกอย่างไรกับการบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายที่ได้รับจากเชียงใหม่ราม

1. พอใจมาก  2. รู้สึกสบายๆ หรือเฉยๆ  
 3. ไม่พอใจเลย

12. ท่านรู้จัก/ทราบข้อมูลแผนกทันตกรรมของโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม จากแหล่งข้อมูลใด(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ญาติ/เพื่อน/ผู้เคยรับบริการแนะนำ  2. โฆษณาตามวิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์  
 3. มีชื่อเสียงมานานแล้ว  4. สถานกงสุล/ที่ปรึกษาต่างๆ  
 5. อินเทอร์เน็ต เว็บไซต์  6. จากบุคคลากรของโรงพยาบาลฯ  
 7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อส่วนประสมการตลาดบริการของแผนกทันตกรรม โรงพยาบาล  
เชียงใหม่ราม

โปรดทำเครื่องหมาย **V** ลงในช่องว่างของทุกๆรายการตามระดับความพึงพอใจของท่านต่อปัจจัยส่วน  
ประสมการตลาดบริการต่อไปนี้ โดย

พอใจมากที่สุด เลือกหมายเลข 5

พอใจมาก เลือกหมายเลข 4

พอใจปานกลาง เลือกหมายเลข 3

พอใจน้อย เลือกหมายเลข 2

พอใจน้อยที่สุด เลือกหมายเลข 1

ปัจจัยส่วนประสมการตลาดบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
<b>1 ด้านผลิตภัณฑ์/บริการทางทันตกรรมโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม</b>					
1. ความมีชื่อเสียงเป็นที่น่าไว้วางใจ					
2. การบูรณาการรักษาก่อนหรือให้การรักษาร่วมกัน					
3. ความหลากหลายของการให้บริการทันตกรรม					
4. บริการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาทางทันตกรรม					
5. การให้คำปรึกษาและวางแผนการรักษาที่เหมาะสม					
6. บริการด้านอื่นๆ เช่น เอกซเรย์, ตรวจชิ้นเนื้อตัวอย่าง					
7. การใช้เทคโนโลยีต่างๆ เพื่อช่วยในการรักษา					
8. คุณภาพยาและคุณภาพวัสดุทันตกรรม					
9. การดูแลหลังการรักษา เช่น ฝึกปฏิบัติ ใช้งาน ติดตามผลหลังรักษา					
10. การควบคุมอาการข้างเคียง ควบคุมความเสี่ยงจากโรคและการรักษา					
11. การบริการออกไปรับรองแพทย์					
12. อื่นๆ (โปรดระบุ).....					

ปัจจัยส่วนประสมตลาดบริการ		ระดับความพึงพอใจ				
		5	4	3	2	1
<b>2</b>	<b>ด้านราคา</b>					
	1. ความเหมาะสมของอัตราค่าบริการทันตกรรม					
	2. อัตราค่าบริการแลปทันตกรรม					
	3. ค่าตรวจอื่นๆ เช่น เอกซเรย์ การวิเคราะห์ชิ้นเนื้อตัวอย่าง					
	4. ค่ายาและวัสดุทางทันตกรรมอื่นๆ					
	5. ความถูกต้องของการคิดค่าบริการ					
	6. อื่นๆ (โปรดระบุ).....					

ปัจจัยส่วนประสมตลาดบริการ		ระดับความพึงพอใจ				
		5	4	3	2	1
<b>3</b>	<b>ด้านสถานที่และการจัดจำหน่ายบริการ</b>					
	1. ทำเลที่ตั้งสถานบริการสะดวกต่อการเดินทางมารับการบริการ					
	2. ที่จอดรถเหมาะสมพอเพียง					
	3. ป้ายบอกทิศทางและตำแหน่งคลินิกที่ชัดเจน					
	4. ความเหมาะสมของเวลาทำการคลินิก เพื่อการบริการทันตกรรม					
	5. ได้รับความสะดวกในการส่งต่อการรักษาระหว่างคลินิกในเครือๆ					
	6. การเข้าร่วมเครือข่ายรักษาพยาบาลกับบริษัทประกัน สวัสดิการต่างๆ					
	7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....					

ปัจจัยส่วนประสมตลาดบริการ		ระดับความพึงพอใจ				
		5	4	3	2	1
<b>4</b>	<b>ด้านการส่งเสริมทางการตลาด</b>					
	1. การแนะนำผ่านทางเพื่อน/ คนรู้จักที่เคยได้รับการรักษาบริการ					
	2. การประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ ป้าย โปสเตอร์					
	3. การแนะนำ แจงข้อมูล ผ่านทางเว็บไซต์					
	4. การแนะนำจากทันตแพทย์/ บุคคลากรด้านอื่นๆ					
	5. การติดต่อทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์					
	6. การแจ้งข้อมูลข่าวสารผ่านทางกิจกรรมในชุมชนต่างๆ					
	7. การแนะนำการบริการทันตกรรมผ่านทางสื่อวีดิทัศน์					
	8. การแจ้งและการแนะนำผ่าน Call Center					
	9. อื่นๆ (โปรดระบุ).....					



ปัจจัยส่วนประสมตลาดบริการ		ระดับความพึงพอใจ				
		5	4	3	2	1
<b>5</b>	<b>ด้านบุคลากรและพนักงาน</b>					
	<b>5.1 <u>ทันตแพทย์</u></b>					
	1. เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ในสาขาวิชาทันตกรรม					
	2. ใส่ใจ/รับฟังและคำนึงประโยชน์ผู้รับบริการเป็นสำคัญ					
	3. ความรู้ ความชำนาญในการตรวจวินิจฉัยโรคทันตกรรม					
	4. ให้บริการโดยคำนึงถึงการป้องกันและรักษาสุขภาพช่องปาก/ฟัน					
	5. ในด้านการรักษาโรคทางทันตกรรมซึ่งเป็นปัญหาหลักของท่าน					
	6. ความสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม					
	7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....					

ปัจจัยส่วนประสมตลาดบริการ		ระดับความพึงพอใจ				
		5	4	3	2	1
<b>5</b>	<b>ด้านบุคลากรและพนักงาน</b>					
	<b>5.2 <u>พยาบาล เจ้าหน้าที่ทันตกรรม</u></b>					
	1. กระตือรือร้น ดูแลด้วยอัธยาศัยไมตรี					
	2. บุคลิกภาพและแต่งกายเหมาะสม					
	3. สื่อสาร/แนะนำด้วยวาจาสุภาพเข้าใจง่าย					
	4. บริการด้วยใจและความเสมอภาค					
	5. คำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม					
	6. อื่นๆ (โปรดระบุ).....					

ปัจจัยส่วนประสมตลาดบริการ		ระดับความพึงพอใจ				
		5	4	3	2	1
<b>6</b>	<b>ด้านการสร้างและนำเสนอลักษณะทางกายภาพ</b>					
	1. ความสะอาดของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางทันตกรรม					
	2. ระบบถ่ายเทอากาศและพื้นที่ให้บริการ					
	3. สื่อเอกสาร วัสดุทัศนัให้ความรู้ด้านการบริการทันตกรรม					
	4. สถานที่ได้รับการตกแต่งเรียบร้อย เหมาะแก่การบริการ					
	5. แสดงรายการค่ารักษาโดยประมาณไว้ชัดเจน					
	6. อื่นๆ (โปรดระบุ).....					

ปัจจัยส่วนประสมตลาดบริการ		ระดับความพึงพอใจ				
		5	4	3	2	1
7	ด้านกระบวนการให้บริการ					
	1. ระบบแจ้งเตือนเพื่อรับการตรวจรักษาทันตกรรมตามระยะ					
	2. ระบบนัดหมายล่วงหน้า อำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการ					
	3. การได้รับการบริการอย่างทั่วถึง					
	4. ระยะเวลาการรับการตรวจรักษาเหมาะสม					
	5. การแจ้งผู้รับบริการทราบ กรณีกำหนดการรักษาล่าช้าเกินคาดการณ์					
	6. ความชัดเจนของแผนการรักษาและค่าใช้จ่ายโดยประมาณ					
	7. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในการตัดสินใจและวางแผนการรักษา					
	8. ระบบการบันทึกประวัติการรักษาที่เหมาะสม					
	9. ความสะดวกของกระบวนการชำระเงิน					
	10. ระยะเวลารอรับยาและใบสั่งยา					
	11. อื่นๆ (โปรดระบุ).....					

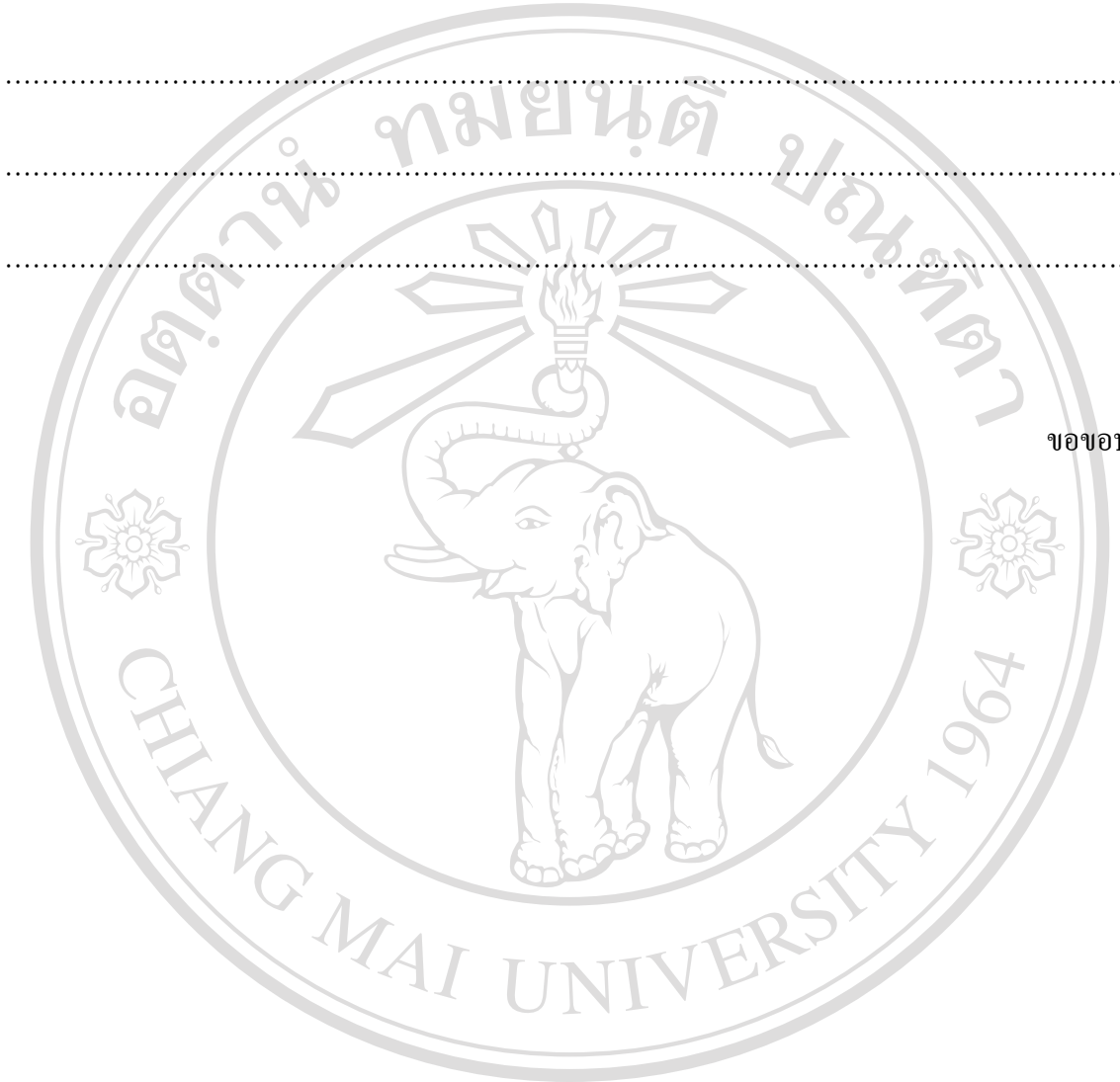
#### ส่วนที่ 4 ปัญหาและข้อเสนอแนะ

- ท่านเคยประสบปัญหาดังต่อไปนี้กับแผนกทันตกรรมเชิงใหม่รามบ้างหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - 1. การไม่ได้รับการบริการในประเภทของการบริการทันตกรรมตามที่ต้องการ
  - 2. ระยะเวลาการรักษาต่อเนื่องยาวนานเกินความจำเป็น
  - 3. การคิดค่ารักษาบริการไม่ตรงตามประเภทของบริการทันตกรรมที่ได้รับ
  - 4. สถานที่จอดรถมีไม่เพียงพอ
  - 5. ความลำบากในการหาตำแหน่งที่ตั้งของคลินิกทันตกรรม
  - 6. การไม่ได้รับข่าวสารทันตกรรม หรือการประชาสัมพันธ์
  - 7. การได้รับการบริการด้วยกิริยามารยาทไม่เหมาะสมจากบุคลากรทันตกรรม
  - 8. การสื่อสาร หรือการติดต่อกับแผนกทันตกรรมเป็นไปด้วยความลำบาก
  - 9. การไม่ได้รับการรักษาบริการทันตกรรม จากทันตแพทย์ที่มีความรู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
  - 10. เครื่องมือ เครื่องใช้ทันตกรรมไม่สะอาด ถูกหลักอนามัย
  - 11. เทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษาไม่ทันสมัย
  - 12. สถานที่คลินิกสกปรก คู่มือไม่สะอาดเหมาะสม
  - 13. การรอเพื่อรับการบริการทันตกรรมตามเวลานัดนานเกินควร (เกิน 15 นาที)
  - 14. การที่ไม่สามารถทำนัดได้ หรือรอคิวนัดยาวนานเกิน 2 สัปดาห์
  - 15. การไม่ได้รับโอกาสมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อเลือกรับบริการทันตกรรม



- 16.การไม่ได้รับการประเมินค่าใช้จ่ายโดยประมาณก่อนรับบริการทันตกรรม
- 17.ไม่พบกับปัญหาดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

2. ข้อเสนอแนะอื่นๆ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
 Copyright© by Chiang Mai University  
 All rights reserved

## Questionnaire

### Topic: Service Recipient Satisfaction Towards Services Marketing Mix of Dental Clinic Department, Chiangmai Ram Hospital

This questionnaire is a part of the independent study in the MBA program, Faculty of Business Administration, Chiang Mai University. The study aims at studying service recipient satisfaction towards services marketing mix of dental clinic department, Chiangmai Ram Hospital (CMR). The information will be analyzed and be used for improving services provided in the clinic. I am appreciated that you take your valuable time answering the following questions by checking (✓ mark) at the appropriate choice.

Please complete all the questions, and thank you very much for cooperation.

Wisuit-cita Tansathit DDS, Diploma, Cert., MSD

Executive MBA Student, CMU

#### Part 1 General Data

1. Gender

1. Male

2. Female

2. Age

1. 11-20 years

2. 21-30 years

3. 31-40 years

4. 41-50 years

5. 51-60 years

6. Over 60 years

3. Nationality: .....

4. Educational Background

1. Lower than High School

2. High School

3. Diploma

4. Bachelor's Degree

5. Master's Degree or Higher

5. Occupation

1. Student

2. House wife

3. Employee/ Office Worker

4. Government Officer

5. Business Owner

6. Teacher/ Lecturer

7. Freelance eg. Doctor, Architecture

8. Others (Please specify).....

6. Average monthly income

1. Lesser than 10,000 Bath

2. 10,001-30,000 Bath

3. 30,001-50,000 Bath

4. 50,001-70,000 Bath

5. Higher than 70,000 Bath

## 7. Living area

1. Chiang Mai Province  2. Others (Please specify).....

**Part2 Patient Behaviors**8. Which dental clinic have you received dental treatment before coming to Chiangmai Ram Hospital?

1. Faculty of Dentistry, CMU  2. Faculty of Medicine, CMU  
 3. Other Dental Clinic  4. No, I never had dental treatment.  
(Please specify)..... **(If answer no.4, go to question 5)**

## 9. How many dental clinics, in the past, have you visited (changed) for dental treatment?

1. One clinic  2. 2-3 clinics  
 3. More than 3 clinics  4. None  
**(If answer no.4, go to question 5)**

## 10. Why did you change dental clinics? (You can choose more than one answer.)

1. Dental emergency  2. Slow services  
 3. Bad reputation  4. Dissatisfied with dentist  
 5. Dissatisfied with dental staffs  6. No health quality certifications  
 7. No specific dental services  8. Friends/other patient recommend  
 9. Unconfident in Dentist's  10. Unreasonable price  
 11. Unable to trekline  12. None-welcoming environment  
 13. Far from livingplace  14. Others (Please specify).....

11. How did you feel about the last dental service before coming to CMR dental clinic?

1. Satisfied  2. Fair  
 3. Not satisfied

## 12. When is the most convenient time to have your dental treatment at CMR hospital? (You can choose more than one answer.)

1. 09:00-12:00  2. 13:00-16:30  
 3. 17:00-20:00

## 13. Which days of the week are convenient for dental appointments at CMR dental clinic? (You can choose more than one answer.)

1. Monday-Friday  2. Saturday-Sunday or Holidays

14. Who is responsible for your dental service expenses?

1. Myself/ Familymember                       2. Government welfare  
 3. Employer     4. Social security  
 5. Insurance company                               6. Others (Please specify).....

15. How many times have you been treated at CMR dental clinic?

1. This is my first time here.                       2. Once or twice  
 3. 3-4 times     4. More than 4 times

16. Why do you choose CMR dental clinic?(You can choose more than one answer.)

1. Dental emergency                               2. Close to living area  
 3. Good reputation                                       4. Dental specialist available  
 5. Certified by quality accreditation agencies       6. Known someone who are working here  
 7. Variety in dental services                       8. Friend/Patient recommends  
 9. Confident in Dentist's                               10. Reasonable price  
 11. Able to reimburse expenses                       12. Good decoration of clinic  
 13. Cleanliness     14. Welcoming environment  
 15. Able to communicate with                       16. Others (Please specify).....

17. What are the services you received at CMR dental clinic? (You can choose more than one answer.)

1. Consultation     2. Oral examination/ X-ray  
 3. Tooth replacement/ Denture                       4. Crown/ Bridge  
 5. Tooth filling     6. Root canal treatment  
 7. Tooth extraction                                       8. Orthodontic (Braces)  
 9. Teeth cleaning/ Polishing                       10. Gingival surgery/ Treatment  
 11. Teeth whitening                                       12. Dental implant  
 13. Others (Please specify).....

18. How do you feel about the last dental treatment at CMR dental clinic?

1. Satisfied     2. Fair  
 3. Not satisfied

19. How do you know about CMR dental clinic? (You can choose more than one answer.)

1. Friend/ Patient recommend                       2. Advertising media  
 3. Good reputation                                       4. Embassy/ Consulate Office  
 5. Internet/ Websites                                       6. Directly from the hospital  
 7. Others (Please specify).....

**Part3 Service Recipient Satisfaction**

Please rate the level of satisfaction on the following factors that affect the dental services from Chiangmai Ram Hospital. Please check or put the **√ mark** on the space provided on **every factor**.

If you are **very satisfied, choose Score 5**  
**satisfied, choose Score 4**  
**fair, choose Score 3**  
**not Satisfied, choose Score 2**  
**disappointed, choose Score 1.**

Service Marketing Mix		Level of Satisfaction				
		5	4	3	2	1
<b>1</b>	<b>Product/ Dental Service at Chiangmai Ram Hospital</b>					
	1. Good reputation and trustable					
	2. Complete dental care services					
	3. Variety of dental services					
	4. Oral examination and diagnosis					
	5. Oral consultation and treatment plan					
	6. Other services eg. X-ray, Biopsy					
	7. Use of modern technology on treatment					
	8. Quality of drug/ material used					
	9. Post-operation cares eg. Training , Follow up checking					
	10. Ability to control side effects/ risks					
	11. Dental care certification issuing service					
	12. Others (Please specify).....					

Service Marketing Mix		Level of Satisfaction				
		5	4	3	2	1
<b>2</b>	<b>Price</b>					
	1. Reasonable dental service charges					
	2. Dental laboratory expenses					
	3. Other service charges eg. X-ray, Biopsy specimen					
	4. Medical expense and other dental materials charges					
	5. Accuracy on payment charged and process					
	6. Others (Please specify).....					

Service Marketing Mix		Level of Satisfaction				
		5	4	3	2	1
<b>3</b>	<b>Place/ Distributing Channel</b>					
	1. Convenient location					
	2. Adequate parking space					
	3. Visible direction sign for dental clinic location					
	4. Dental clinic office hours					
	5. Referring protocol between dental clinic alliances					
	6. Participation in insurance companies and social welfare					
	7. Others (Please specify).....					

Service Marketing Mix		Level of Satisfaction				
		5	4	3	2	1
<b>4</b>	<b>Promotion</b>					
	1. Recommendation by friends/ other people (Word of Mouth)					
	2. Advertisement on radio/ bill board/ brochure					
	3. Information on website					
	4. Recommendation by other dentists/ other personnels					
	5. Electronic mail connection					
	6. Information or announment from public activities					
	7. Recommendation by electronic media					
	8. Information and recommendation by call center					
	9. Others (Please specify).....					



Service Marketing Mix		Level of Satisfaction				
		5	4	3	2	1
<b>5</b>	<b>People/ Employee</b>					
	<b>5.1 Dentist</b>					
	1. Being a specialist in the dental field					
	2. Customer concern					
	3. Knowledge and skill in diagnosis					
	4. Giving promotive advice and preventive concern					
	5. Giving dental treatment complying with patient's main concern					
	6. Proper management of unexpected incidents					
	7. Others (Please specify).....					

Service Marketing Mix		Level of Satisfaction				
		5	4	3	2	1
<b>5</b>	<b>People/ Employee</b>					
	<b>5.2 Nurse and Dental Assistant</b>					
	1. Welcoming gesture and friendliness					
	2. Proper dress and good personality					
	3. Ability to communicate in English properly					
	4. Service with care and equality among patients					
	5. Cross cultural concern					
	6. Others (Please specify).....					

Service Marketing Mix		Level of Satisfaction				
		5	4	3	2	1
<b>6</b>	<b>Physical Evidence and Presentation</b>					
	1. Cleanliness of tools/ instruments/ equipments					
	2. Proper air ventilation					
	3. Printing or audio educating media about dental cares/ treatments					
	4. Proper decoration and floor plan					
	5. Treatment fee list available					
	6. Others (Please specify).....					

Service Marketing Mix		Level of Satisfaction				
		5	4	3	2	1
<b>7</b>	<b>Process of Dental Service</b>					
	1. Periodic service reminding protocol					
	2. Advance notification for approaching appointment					
	3. Prompt action for services					
	4. Short waiting time for dental services					
	5. Customer is well informed on longer treatment time.					
	6. Clear information on treatment plan and fee					
	7. Customer is a part in treatment plan.					
	8. Providing the complete medical record					
	9. Convenient payment process					
	10. Waiting time for getting prescription and medicines					
	11. Others (Please specify).....					

#### **Part 4 Problems and Recommendations**

1. Have you ever faced these problems at CMR dental clinic? (More than one answer allowed)

- 1. Did not receive dental treatment you were looking for.
- 2. Dental treatments took very long time.
- 3. Treatment fee list was incorrect.
- 4. Parking space is limited.
- 5. Difficulty in finding dental clinic location.
- 6. Did not receive dental news or dental advertising.
- 7. Impolite manner of dental staffs.
- 8. Difficulty in communicating with staffs due to language deficiency.
- 9. Did not receive dental treatments from specialist.
- 10. Improper hygiene of dental tools or instruments or equipment.
- 11. Dental technology was not up-to-date.
- 12. Improper hygiene of dental clinic area.
- 13. Waiting time was too long (longer than 15 minutes).
- 14. Long waiting line due to many appointments ahead of yours.
- 15. Did not have opportunity to be a part in making decision on treatment plan or treatment options.

- 16. Did not receive estimation of expense before the dental treatment.
- 17. Never have any problems listed above.

2. Other Recommendations

.....

.....

.....

Very Appreciate. Thank You.



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นางสาววิสุทธิ์สิตา ตันสฤติชัย

วัน เดือน ปีเกิด

28 กรกฎาคม 2513

ประวัติการศึกษา

ระดับปริญญาตรี ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (ทบ.)

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2537

ประกาศนียบัตรบัณฑิตวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิกชั้นสูง

(ป.บัณฑิต ทันตกรรมประดิษฐ์)

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2540

Certificate in Postgraduate Study (Prosthodontics) Indiana

University Purdue University at Indianapolis, USA พ.ศ. 2547

Master of Science in Dentistry (Prosthodontics)(M.S.D.)

Indiana UniversityPurdue University at Indianapolis, USA พ.ศ. 2548

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2537 ทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน

อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

พ.ศ. 2538-2550 อาจารย์ประจำภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พ.ศ. 2544-2548 Assistance Instructor, Restorative Department

Indiana University at Indianapolis, USA

พ.ศ. 2550-2552 ทันตแพทย์เฉพาะทาง สาขาทันตกรรมประดิษฐ์

ศูนย์ทันตกรรมทันตกิจ กรุงเทพมหานคร

พ.ศ. 2552 ทันตแพทย์เฉพาะทาง สาขาทันตกรรมประดิษฐ์ โรงพยาบาล

กรุงเทพพญา วิทยา

พ.ศ. 2538-ปัจจุบัน ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรม ประดิษฐ์

โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม จังหวัดเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved