

สำรวจก่อนการรณรงค์

แบบสำรวจการใช้โฟมบรรจุอาหารและการใช้ถุงพลาสติกของหน่วยงานสาธารณสุข

ชื่อกลุ่มงานใน สสจ./งาน/สสอ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. การใช้โฟมบรรจุอาหาร

๑.๑ การใช้ในกิจวัตรประจำวัน

๑. ในปีที่ผ่านมา มีการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารในหน่วยงานหรือไม่ มี ไม่มี

๒. ถ้ามี ประเภทของภาชนะโฟมที่ใช้

ถ้วย ถาด กล่อง อื่นๆ

๓. ถ้ามี ปริมาณที่ใช้เฉลี่ยต่อวัน

ถ้วย ปริมาณต่อวัน ชิ้น
 ถาด ปริมาณต่อวัน ชิ้น
 กล่อง ปริมาณต่อวัน ชิ้น
 อื่นๆ ระบุ..... ปริมาณต่อวัน ชิ้น

๑.๒ การใช้ในการจัดกิจกรรม การประชุม การอบรม

๑. ในปีที่ผ่านมา มีการใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหารในการจัดกิจกรรม การประชุม การอบรมหรือไม่

มี ไม่มี

๒. ถ้ามี ประเภทของภาชนะโฟมที่ใช้

ถ้วย ถาด กล่อง อื่นๆ

๓. ในปีที่ผ่านมา มีปริมาณที่ใช้เฉลี่ยต่อปีเท่าไร

ถ้วย จำนวน..... ชิ้น
 ถาด จำนวน..... ชิ้น
 กล่อง จำนวน..... ชิ้น
 อื่นๆ จำนวน..... ชิ้น

๔. จำนวนการจัดกิจกรรม การประชุม การอบรม ในปีที่ผ่านมา.....ครั้ง

๒. หน่วยงานเป็นเขตปลอดโฟมบรรจุอาหาร ๑๐๐% และเป็นเขตพื้นที่ลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก

๑. ในปีที่ผ่านมา หน่วยงานเป็นเขตปลอดโฟมบรรจุอาหาร ๑๐๐% หรือไม่

เป็น ไม่เป็น

๒. ในปีที่ผ่านมา หน่วยงานเป็นเขตพื้นที่ลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก หรือไม่

เป็น ไม่เป็น

๓. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปฏิเสธโฟมบรรจุอาหาร และลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก

๑. จำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ในปีที่ผ่านมา.....คน

๒. จำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิเสธโฟมบรรจุอาหาร ในปีที่ผ่านมา.....คน

๓. จำนวนเจ้าหน้าที่ลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก ในปีที่ผ่านมา.....คน

(จำนวนถุงพลาสติกที่ใช้เฉลี่ย ในปีที่ผ่านมา.....ชิ้น)

สำรวจก่อนการณรงค

แบบสำรวจการใช้โคมบรรจุอาหารและการใช้ถุงพลาสติกของหน่วยงานสาธารณสุข

ชื่อโรงพยาบาล/รพ.สต.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. การใช้ถุงพลาสติกใส่ยาให้ผู้ป่วย

๑. มีการยกเลิกการใช้ถุงพลาสติกใส่ยาให้ผู้ป่วยในหน่วยงานหรือไม่

 ยกเลิก ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ยังไม่ยกเลิก

๒. การใช้โคมบรรจุอาหาร

๒.๑ การใช้ในกิจวัตรประจำวัน

๑. ในปีที่ผ่านมา มีการใช้ภาชนะโคมบรรจุอาหารในหน่วยงานหรือไม่ มี ไม่มี

๒. ถ้ามี ประเภทของภาชนะโคมที่ใช้

 ถ้วย ถาด กล่อง อื่นๆ

๓. ถ้ามี ปริมาณที่ใช้เฉลี่ยต่อวัน

<input type="checkbox"/> ถ้วย	ปริมาณต่อวัน	ชิ้น
<input type="checkbox"/> ถาด	ปริมาณต่อวัน	ชิ้น
<input type="checkbox"/> กล่อง	ปริมาณต่อวัน	ชิ้น
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	ปริมาณต่อวัน	ชิ้น

๒.๒ การใช้ในการจัดกิจกรรม การประชุม การอบรม

๑. ในปีที่ผ่านมา มีการใช้ภาชนะโคมบรรจุอาหารในการจัดกิจกรรม การประชุม การอบรมหรือไม่

 มี ไม่มี

๒. ถ้ามี ประเภทของภาชนะโคมที่ใช้

 ถ้วย ถาด กล่อง อื่นๆ

๓. ในปีที่ผ่านมา มีปริมาณที่ใช้เฉลี่ยต่อปีเท่าไร

<input type="checkbox"/> ถ้วย	จำนวน.....	ชิ้น
<input type="checkbox"/> ถาด	จำนวน.....	ชิ้น
<input type="checkbox"/> กล่อง	จำนวน.....	ชิ้น
<input type="checkbox"/> อื่นๆ	จำนวน.....	ชิ้น

๔. จำนวนการจัดกิจกรรม การประชุม การอบรม ในปีที่ผ่านมา.....ครั้ง

๓. หน่วยงานเป็นเขตปลอดโคมบรรจุอาหาร ๑๐๐% และเป็นเขตพื้นที่ลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก

๑. ในปีที่ผ่านมา หน่วยงานเป็นเขตปลอดโคมบรรจุอาหาร ๑๐๐% หรือไม่

 เป็น ไม่เป็น

๒. ในปีที่ผ่านมา หน่วยงานเป็นเขตพื้นที่ลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก หรือไม่

 เป็น ไม่เป็น

๔. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปฏิเสธโคมบรรจุอาหาร และลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก

๑. จำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ในปีที่ผ่านมา.....คน

๒. จำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิเสธโคมบรรจุอาหาร ในปีที่ผ่านมา.....คน

๓. จำนวนเจ้าหน้าที่ลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก ในปีที่ผ่านมา.....คน

(จำนวนถุงพลาสติกที่ใช้เฉลี่ย ในปีที่ผ่านมา.....ชิ้น)

แบบรายงานการใช้โฝมบรรจุอาหารและการใช้ถุงพลาสติกของหน่วยงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ชื่อกลุ่มงานใน สสจ./งาน/สสอ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. การใช้โฝมบรรจุอาหาร

๑.๑ การใช้ในกิจกรรมประจำวัน

๑. มีการใช้ภาชนะโฝมบรรจุอาหารในหน่วยงานหรือไม่ มี ไม่มี

๒. ถ้ามี ประเภทของภาชนะโฝมที่ใช้

ถ้วย ถาด กล่อง อื่นๆ

๓. ถ้ามี ปริมาณที่ใช้เฉลี่ยต่อเดือน

ถ้วย จำนวน..... ชิ้น

ถาด จำนวน..... ชิ้น

กล่อง จำนวน..... ชิ้น

อื่นๆ จำนวน..... ชิ้น

๑.๒ การใช้ในการจัดกิจกรรม การประชุม การอบรม

๑. มีการใช้ภาชนะโฝมบรรจุอาหารในการจัดกิจกรรม การประชุม การอบรมหรือไม่

มี ไม่มี

๒. ถ้ามี ประเภทของภาชนะโฝมที่ใช้

ถ้วย ถาด กล่อง อื่นๆ

๓. ถ้ามี ปริมาณที่ใช้เฉลี่ยต่อเดือน

ถ้วย จำนวน..... ชิ้น

ถาด จำนวน..... ชิ้น

กล่อง จำนวน..... ชิ้น

อื่นๆ จำนวน..... ชิ้น

๔. จำนวนการจัดกิจกรรม การประชุม การอบรม ในเดือนที่ผ่านมา.....ครั้ง

๒. หน่วยงานเป็นเขตปลอดโฝมบรรจุอาหาร ๑๐๐% และเป็นเขตพื้นที่ลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก

๑. หน่วยงานเป็นเขตปลอดโฝมบรรจุอาหาร ๑๐๐% หรือไม่

เป็น ไม่เป็น

๒. หน่วยงานเป็นเขตพื้นที่ลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก หรือไม่

เป็น ไม่เป็น

๓. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปฏิเสธโฝมบรรจุอาหาร และลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก

๑. จำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน.....คน

๒. จำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิเสธโฝมบรรจุอาหาร.....คน

๓. จำนวนเจ้าหน้าที่ลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก.....คน

(จำนวนถุงพลาสติกที่ใช้เฉลี่ย ในเดือนที่ผ่านมา.....ชิ้น)

แบบรายงานการใช้โฝมบรรจุอาหารและการใช้ถุงพลาสติกของหน่วยงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ชื่อโรงพยาบาล/รพ.สต.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ...๒๕๖๒...

๑. การใช้ถุงพลาสติกใส่ยาให้ผู้ป่วย

๑. มีการยกเลิกการใช้ถุงพลาสติกใส่ยาให้ผู้ป่วยในหน่วยงานหรือไม่

ยกเลิก ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ยังไม่ยกเลิก

๒. การใช้โฝมบรรจุอาหาร

๒.๑ การใช้ในกิจวัตรประจำวัน

๑. มีการใช้ภาชนะโฝมบรรจุอาหารในหน่วยงานหรือไม่ มี ไม่มี

๒. ถ้ามี ประเภทของภาชนะโฝมที่ใช้ (โพลีสไตรีน)

ถ้วย ถาด กล่อง อื่นๆ

๓. ถ้ามี ปริมาณที่ใช้เฉลี่ยต่อเดือน

ถ้วย จำนวน..... ชิ้น

ถาด จำนวน..... ชิ้น

กล่อง จำนวน..... ชิ้น

อื่นๆ จำนวน..... ชิ้น

๒.๒ การใช้ในการจัดกิจกรรม การประชุม การอบรม

๑. ในเดือนที่ผ่านมา มีการใช้ภาชนะโฝมบรรจุอาหารในการจัดกิจกรรม การประชุม การอบรมหรือไม่

มี ไม่มี

๒. ถ้ามี ประเภทของภาชนะโฝมที่ใช้ (โพลีสไตรีน)

ถ้วย ถาด กล่อง อื่นๆ

๓. ถ้ามี ปริมาณที่ใช้เฉลี่ยต่อเดือน

ถ้วย จำนวน..... ชิ้น

ถาด จำนวน..... ชิ้น

กล่อง จำนวน..... ชิ้น

อื่นๆ จำนวน..... ชิ้น

๔. จำนวนการจัดกิจกรรม การประชุม การอบรม ในเดือนที่ผ่านมา.....ครั้ง

๓. หน่วยงานเป็นเขตปลอดโฝมบรรจุอาหาร ๑๐๐% และเป็นเขตพื้นที่ลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก

๑. หน่วยงานเป็นเขตปลอดโฝมบรรจุอาหาร ๑๐๐% หรือไม่

เป็น ไม่เป็น

๒. หน่วยงานเป็นเขตพื้นที่ลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก หรือไม่

เป็น ไม่เป็น

๔. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปฏิเสธโฝมบรรจุอาหาร และลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก

๑. จำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน.....คน

๒. จำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิเสธโฝมบรรจุอาหาร.....คน

๓. จำนวนเจ้าหน้าที่ลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก.....คน

(จำนวนถุงพลาสติกที่ใช้เฉลี่ย ในเดือนที่ผ่านมา.....ชิ้น)

แบบสรุปรายงานการใช้โฝมบรรจุอาหารและการใช้ถุงพลาสติกของ รพ.สต. ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ชื่อ สสอ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ...๒๕๖๒...

๑. การใช้ถุงพลาสติกใส่ยาให้ผู้ป่วย

๑. มีการยกเลิกการใช้ถุงพลาสติกใส่ยาให้ผู้ป่วยของ รพ.สต. หรือไม่

ยกเลิก จำนวน.....แห่ง ยังไม่ยกเลิก จำนวน.....แห่ง

๒. การใช้โฝมบรรจุอาหาร

๒.๑ การใช้ในกิจกรรมประจำวัน

๑. มีการใช้ภาชนะโฝมบรรจุอาหารของ รพ.สต. หรือไม่

มี จำนวน.....แห่ง ไม่มี จำนวน.....แห่ง

๒. ถ้ามี ประเภทของภาชนะโฝมที่ใช้

ถ้วย ถาด กล่อง อื่นๆ

๓. ถ้ามี ปริมาณที่ใช้เฉลี่ยต่อเดือน

ถ้วย จำนวน..... ชิ้น

ถาด จำนวน..... ชิ้น

กล่อง จำนวน..... ชิ้น

อื่นๆ จำนวน..... ชิ้น

๒.๒ การใช้ในการจัดกิจกรรม การประชุม การอบรม

๑. มีการใช้ภาชนะโฝมบรรจุอาหารในการจัดกิจกรรม การประชุม การอบรม ของ รพ.สต. หรือไม่

มี จำนวน.....แห่ง ไม่มี จำนวน.....แห่ง

๒. ถ้ามี ประเภทของภาชนะโฝมที่ใช้

ถ้วย ถาด กล่อง อื่นๆ

๓. ถ้ามี ปริมาณที่ใช้เฉลี่ยต่อเดือน

ถ้วย จำนวน..... ชิ้น

ถาด จำนวน..... ชิ้น

กล่อง จำนวน..... ชิ้น

อื่นๆ จำนวน..... ชิ้น

๔. จำนวนการจัดกิจกรรม การประชุม การอบรม ในเดือนที่ผ่านมา.....ครั้ง

๓. รพ.สต.เป็นเขตปลอดโฝมบรรจุอาหาร ๑๐๐% และเป็นเขตพื้นที่ลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก

๑. รพ.สต.เป็นเขตปลอดโฝมบรรจุอาหาร ๑๐๐% หรือไม่

เป็น จำนวน.....แห่ง ไม่เป็น จำนวน.....แห่ง

๒. รพ.สต.เป็นเขตพื้นที่ลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก หรือไม่

เป็น จำนวน.....แห่ง ไม่เป็น จำนวน.....แห่ง

๔. เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.ปฏิเสธโฝมบรรจุอาหาร และลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก

๑. จำนวนเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.....คน

๒. จำนวนเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.ปฏิเสธโฝมบรรจุอาหาร.....คน

๓. จำนวนเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.ลด ละ เลิก การใช้ถุงพลาสติก.....คน

(จำนวนถุงพลาสติกที่ใช้เฉลี่ย ในเดือนที่ผ่านมา.....ชิ้น)

