

วันที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน

หลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำผุด

แผนงาน/โครงการ ส่งเสริมสุขภาพช่องปากและฟันเด็ก 0 - 5 ปี ในคลินิกเด็กดี ปี 2563

ผลการดำเนินงาน

1.1 ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี มีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและฟันเด็ก

จากการเข้าร่วมอบรมแสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 60 คน มีความรู้
การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและฟันเด็ก ก่อนการอบรม ผู้มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 11.67 ระดับกลาง ร้อยละ
3.33 ระดับสูง ร้อยละ 30 และหลังจากการอบรมมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 0 ระดับกลาง ร้อยละ 18.33
ระดับสูง ร้อยละ 81.67 แสดงว่าผู้ปกครองเด็กมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 100

1.2 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช

การตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช ในเด็ก 0-5 ปี แยกตามรายหมู่บ้าน หมู่ที่ 1
เป้าหมาย 104 คน ผลงาน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 79.80 หมู่ที่ 2 จำนวน 129 คน ผลงาน 89 คน คิดเป็นร้อยละ
3.99 หมู่ที่ 3 เป้าหมาย 44 คน ผลงาน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 77.27 หมู่ที่ 7 เป้าหมาย 29 คน ผลงาน 23 คน คิด
เป็นร้อยละ 79.31 หมู่ที่ 8 เป้าหมาย 48 คน ผลงาน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 81.25 จำนวนเด็ก 0 - 5 ปี ที่ได้รับการการ
ตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช เป้าหมายรวมทั้งหมด 354 คน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
และได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช จำนวน 268 คน คิดเป็นร้อยละ 75.70 ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดร้อยละ 60

1.3 จากการประเมินระดับความพึงพอใจต่อโครงการอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นภาพรวมร้อยละ 91.67

ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

1.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

☒ บรรลุตามวัตถุประสงค์

☐ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ _____

จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม _____ 60 _____ คน _____

การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ _____ 21,000 - _____ บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริงบาท _____ 21,000 - _____ บาท

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ _____ บาท

3.1 รายการรับ - จ่ายเงิน

วัน เดือน ปี	รายรับ (บาท)	รายจ่าย (บาท)	เงินคงเหลือ (บาท)	หมายเหตุ
10 กันยายน 2563	21,000	-	21,000	ใบเสร็จเลขที่ 009/เล่ม ที่ 1088
5 พฤศจิกายน 2563	-	10,200	10,800	เช็คเลขที่ 41449730
23 พฤศจิกายน 2563	-	10,800	-	เช็คเลขที่ 4144975

3.2 รายละเอียดการจ่ายเงิน

วัน เดือน ปี	รายการจ่าย/กิจกรรมดำเนินงาน	จำนวนเงิน (บาท)
9 พฤศจิกายน 2563	-ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการจัดอบรม	10,200 บาท
12 พฤศจิกายน 2563	-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 60 คน x 30 บาท x 2 มื้อ	3,600 บาท
12 พฤศจิกายน 2563	-ค่าอาหารกลางวัน 60 คน x 80 บาท x 1 มื้อ	4,800 บาท
12 พฤศจิกายน 2563	-ค่าตอบแทนวิทยากร	2,400 บาท

3.3 ได้ส่งหลักฐานการจ่ายเงินมาด้วยแล้ว4.....ฉบับ

ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☒ ไม่มี

☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

ลงชื่อผู้รายงาน

.....(นางสาวนาริตา ยาวน).....

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ.....

วันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563