



แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลคึกคัก รหัส กปท. L3282
อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

๑.ชื่อ แผนงาน โครงการ กิจกรรม

ส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กอายุ ๐-๑๒ ปี

๒.ผลการดำเนินงาน

เด็กอายุ ๐-๑๒ ปี ที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๕๘๐ คน

ตารางที่ ๑ แสดงผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ ๐-๑๒ ปี

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนเด็กทั้งหมด (คน)	ได้รับการตรวจฟัน		ตรวจพบฟันผุ			
				ฟันน้ำนม		ฟันแท้	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กอายุ ๐-๒ ปี ในคลินิก WBC	๑๐๕	๑๐๕	๑๐๐	๑๒	๑๑.๔๓	๐	๐
เด็กอายุ ๓-๕ ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและเด็กอนุบาลในโรงเรียน	๑๒๕	๑๒๕	๑๐๐	๖๕	๕๒.๐๐	๐	๐
เด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ในโรงเรียน	๓๕๐	๓๕๐	๑๐๐	๑๓๗	๓๙.๑๔	๖๖	๑๘.๘๖
รวม	๕๘๐	๕๘๐	๑๐๐	๒๑๔	๓๖.๘๙	๖๖	๑๘.๘๖

จากตารางที่ ๑ แสดงผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ ๐-๑๒ ปี พบว่า มีเด็กอายุ ๐-๑๒ ปี จำนวน ๕๘๐ คน ได้รับการบริการตรวจฟัน จำนวน ๕๘๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ตรวจพบฟันน้ำนมผุ จำนวน ๒๑๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๘๙ และตรวจพบฟันแท้ผุ จำนวน ๖๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๘๖



ตารางที่ ๒ แสดงผลการรับบริการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ เด็กอายุ ๖ เดือน – ๑๒ ปี

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนเด็กทั้งหมด (คน)	เด็กที่ต้องรับบริการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์		รับบริการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์	
		จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เด็กอายุ ๖ เดือน - ๒ ปี ในคลินิก WBC	๖๘	๖๘	๑๐๐	๖๘	๑๐๐
เด็กอายุ ๓-๕ ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและเด็กอนุบาลในโรงเรียน	๑๒๕	๑๒๕	๑๐๐	๑๒๕	๑๐๐
เด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ในโรงเรียน	๓๕๐	๓๕๐	๑๐๐	๓๕๐	๑๐๐
รวม	๕๔๓	๕๔๓	๑๐๐	๕๔๓	๑๐๐

จากตารางที่ ๒ แสดงผลการรับบริการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ เด็กอายุ ๖ เดือน – ๑๒ ปี พบว่ามีเด็กอายุ ๖ เดือน – ๑๒ ปี จำนวน ๕๔๓ คน เด็กที่ต้องรับบริการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ จำนวน ๕๔๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และได้รับบริการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ จำนวน ๕๔๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๓.ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์
 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๔.การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ๒๐,๖๕๐.....บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง๒๐,๖๕๐.....บาท คิดเป็นร้อยละ๑๐๐.....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน.....บาท คิดเป็นร้อยละ

๕.ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี
 มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)



๖.เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

- สำเนาหลักฐานการจ่ายเงิน (กรณีคณะกรรมการ กปท.ต้องการทราบรายละเอียด)
- ภาพถ่ายหรือวีดิทัศน์ภาพการดำเนินการจริง
- อื่น ๆ

๗.บุคคลอ้างอิง/ตัวแทนผู้รับประโยชน์จากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (อย่างน้อย ๓ คน ขึ้นไป)

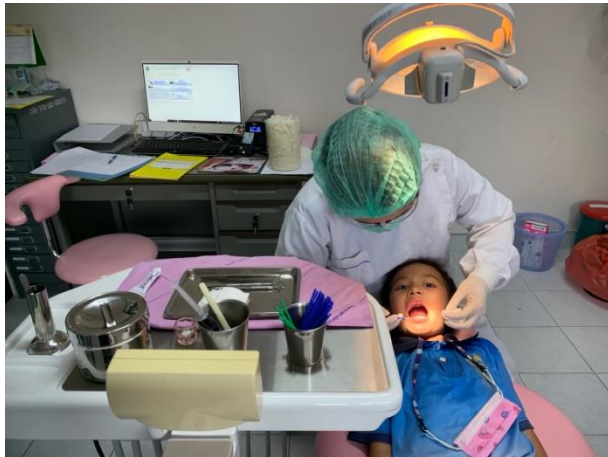
๑. ชื่อ นายธนพล โพธิ์ทอง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๐-๗๓๑๑๐๐๕
๒. ชื่อ นางสาวอริยา อามิตร หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖๔-๐๒๖๑๒๔๙
๓. ชื่อ นางสาวมณีรัตน์ หมาดสีที้ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๐-๘๘๙๔๓๐๕

ลงชื่อ.....รุ่งทิพย์ นวลศรี.....หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน
(นางรุ่งทิพย์ นวลศรี)

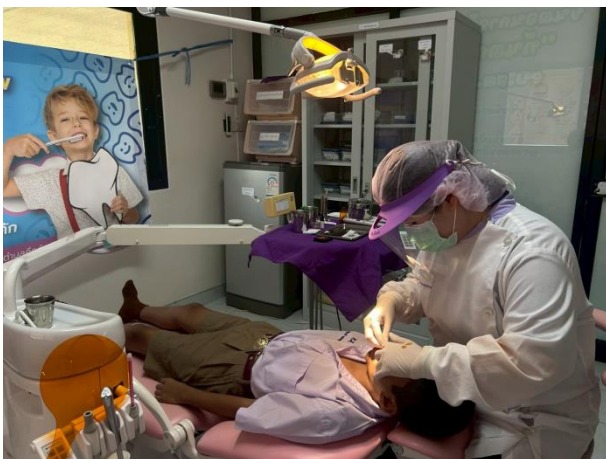
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก
วันที่-เดือน-พ.ศ. ๑๖ กันยายน ๒๕๖๘



ภาพประกอบ โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กอายุ 0-12 ปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๘



ภาพประกอบ โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กอายุ ๐-๑๒ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๘



ภาพประกอบ โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กอายุ ๐-๑๒ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

