สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
Maehongson Provincial Public Health Office

คู่มือสำหรับประชาชน

งานคลินิก

(สถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)



จังหวัดแม่ฮ่องสอน

คำนำ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน มีภารกิจในการส่งเสริม ควบคุม กำกับและดูแลการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน ภายใต้กฎหมายหลัก คือ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะพ.ศ. ๒๕๔๒ รวมถึงกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานจึงได้มีการกำหนดกระบวนงานที่สำคัญตามภารกิจหลักและในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ สำนักงาน ก.พ.ร. ได้แจ้งให้หน่วยงานของรัฐที่มีการอนุญาต การจดทะเบียนหรือการแจ้งที่มีกฎหมายหรือกฎกำหนดให้ต้องขออนุญาต จดทะเบียนหรือแจ้งก่อนจะดำเนินการให้จัดทำคู่มือสำหรับประชาชน ตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ จึงได้มีการจัดทำคู่มือประชาชน โดยอาศัยการอ้างอิงหลักจากคู่มือสำหรับประชาชนงานคลินิก สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะเป็นแบบแผนหลักในการดำเนินการ

คู่มือสำหรับประชาชน งานคลินิก (สถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน) ฉบับนี้จัดทำขึ้น เพื่อเป็นแบบแผนในการให้ข้อมูลอำนวยความสะดวกต่อผู้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้สามารถใช้ประโยชน์จากคู่มือนี้ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆของการดำเนินการเกี่ยวกับธุรกรรมงานสถานพยาบาล ประกอบด้วย การขออนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก การต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการคลินิก การต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการคลินิก การขอเปลี่ยนผู้ดำเนินการคลินิก การแจ้งยกเลิกกิจการคลินิก การชำระค่าธรรมเนียมประจำปี และแสดงเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือสำหรับประชาชน งานคลินิก จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้มารับบริการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องบ้างไม่มากก็น้อย

งานสถานพยาบาล

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

สารบัญ

การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก ๑
การต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก(ครบ๑๐ปี) ๗
การต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการคลินิก ๑๒
การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก ๑๖
การแจ้งยกเลิกคลินิก ๒๑
การชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ๒๕

ภาคผนวก

เอกสารเกี่ยวข้องกับการขออนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก ..... ก
เอกสารเกี่ยวข้องกับการต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการคลินิก ..... ข
เอกสารเกี่ยวข้องกับการต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการคลินิก ..... ค
เอกสารเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก ..... ง
เอกสารเกี่ยวข้องกับการแจ้งยกเลิกคลินิก ..... จ
เอกสารเกี่ยวข้องกับการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ..... ฉ

ตัวอย่างแบบตรวจมาตรฐานสำหรับคลินิกต่างๆ/เอกสารอื่นๆ

คลินิกเวชกรรม ..... A
คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง ..... B
คลินิกทันตกรรม C
คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ..... D
คลินิกแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ..... E
คลินิกแพทย์แผนไทยด้านการนวดไทย ..... F
กรอบยาสำหรับคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ..... G
ใบมอบอำนาจ ..... H

การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

1

งานสถานพยาบาล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนงาน : การขออนุญาตการประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๓. ประเภทของงานบริการ กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว :

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ รับรอง/ออกใบอนุญาต/อนุญาต :

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :

๑) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๕ และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘

๒) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๔๓/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๓ เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

๖. ระดับผลกระทบ :บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ ส่วนภูมิภาค :

๘. กฎหมายข้อบังคับ ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ๖๗ วัน

๙. ข้อมูลสถิติ จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๑ จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๕ จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๑

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน สำเนาคู่มือประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ งานคลินิก

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

๑) ยื่นด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น๑ ตึกเก่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๒) ช่องทางอื่นๆ(สำหรับปรึกษาข้อมูลเบื้องต้น/ตอบข้อซักถามอื่น/ส่งเอกสารเพิ่มเติม)

E-mail : pharmhs@hotmail.com บัญชีไลน์ ๐๘๔๒๑๘๘๗๖๔ โทรศัพท์ ๐๕๓-๖๑๑๕๔๙

๓) ไปรษณีย์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ๑๒๙ ถ.ขุนลุมประพาส ต.จองคำ อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน ๕๘๐๐๐

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

หลักเกณฑ์

๑. ห้ามมิให้บุคคลใดประกอบกิจการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอ การออกใบอนุญาต และการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประเภทใดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา๑๖)

๒. ห้ามมิให้บุคคลใดดำเนินการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอและการออกใบอนุญาตให้ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (มาตรา ๒๔)

เงื่อนไข

๑) การนับระยะเวลา ๖๗ วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

๒. กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตร ประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจและต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจ สามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

วิธีการ

ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลของผู้อนุญาต จะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับใบอนุญาตได้ จัดให้มีกรณี ดังต่อไปนี้โดยถูกต้องครบถ้วนแล้ว

(๑) มีแผนงานการจัดตั้งสถานบาลที่ได้รับอนุมัติแล้วตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

(๒) มีสถานพยาบาลตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงที่ออก ตามมาตรา ๑๔

(๓) มีเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาลนั้น ตามชนิดและจำนวนที่กำหนดใน กฎกระทรวง

(๔) มีผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลตามวิชาชีพและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง

(๕) ชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

คุณสมบัติผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(๑) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์

(๒) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย

(๓) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ

(๔) ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

(๕) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

(๖) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ ในกรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับอนุญาต ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคล นั้นต้องมีคุณสมบัติ ตามคุณสมบัติข้างต้น**คุณสมบัติผู้ดำเนินการสถานพยาบาล**

(๑) ผู้ประกอบวิชาชีพ/เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

(๒) ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง กรณีที่เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอยู่แล้วแห่งหนึ่ง จะอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ ค้างคืนอีกแห่งหนึ่งไม่ได้

(๓) เป็นผู้ที่สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา	ส่วนงาน/หน่วยงานรับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	๑.ยื่นคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน/ ๒. พนักงานเจ้าหน้าที่รับคำขอและรับเอกสารแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล/ลงนัดตรวจสถานที่ (ตรวจสอบผู้ขออนุมัติแผนการจัดตั้งไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๗ สถานที่เป็นไปตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงตามมาตรา ๑๔ วรรคสอง และมีผู้ประกอบวิชำชีพตามกฎกระทรวง ๑๘ (๔))	๑ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	มีระยะเวลารอคอยการตรวจสถานที่บริการรวม ระยะเวลา ๖๗ วันทำการ (ไม่รวมระยะเวลารอคอย))
๒	การพิจารณา	๑.พนักงานเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคำขออนุมัติ แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ๒.พนักงานเจ้าหน้าที่นัด ตรวจสถานที่ ๓.พนักงานเจ้าหน้าที่ไป ตรวจสถานที่ ๔.สรุปผล/ให้แก้ไขปรับปรุง ๕.เสนอคณะอนุกรรมการ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนพิจารณาเห็นชอบการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล	๖๐ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	
๓	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล	๕ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	
๔	-	แจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นคำขออนุญาต	๑ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	

ระยะเวลาดำเนินการ ๖๗ วันทำการ

๑๔. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑.	คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.๑)	๑	๐	ฉบับ	ดาวน์โหลดได้ที่ เว็ปไซต์ สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ แบบคำของานคลินิก https://mrd-hss.moph.go.th/mrd๑_hss/?p=๑๓๓๓ หรือติดต่อขอรับที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๒	แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.๒)	๑	๐	ฉบับ	
๓	คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๕)	๑	๐	ฉบับ	
๔	หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ สพ.๖)	๑	๐	ฉบับ	
๕	คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล / คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๑๘)	๑	๐	ฉบับ	
๖	แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้าง	๑	๐	ฉบับ	ต้องแสดงจุดที่ใกล้เคียงโดยให้มีจุดสังเกตที่สำคัญ
๗	แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล ๑. แบบผังหลักของพื้นที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล ๒. แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอย ๓. ผังการแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษ ๔. เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร ๕. ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย				ต้องแสดงตำแหน่งตามแผนการจัดตั้ง (ตามมาตราส่วน)
๘	เอกสารแสดงภาพถ่ายลักษณะสถานพยาบาล โดยมีรายการดังต่อไปนี้ ๑.แสดงภาพอาคารภายนอกอย่างน้อยด้านหน้า ๒.แสดงภาพถ่ายห้องตรวจโรคและอุปกรณ์ภายในห้องทุกห้องประกอบว่าเสร็จเรียบร้อยแล้ว				
๙	สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขอประกอบกิจการ	๐	๑	ฉบับ	รับรองสำเนาถูกต้อง
๑๐	สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอประกอบกิจการ	๐	๑	ฉบับ	รับรองสำเนาถูกต้อง
๑๑	สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล	๐	๑	ฉบับ	รับรองสำเนาถูกต้อง
๑๒	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ (โฉนดที่ดิน)	๐	๑	ฉบับ	(หากไม่ใช่เจ้าของกรรมสิทธิ์ ต้องมีเอกสารดังนี้ ๑.สัญญาเช่า

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
					๒.สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า รับรองสำเนาถูกต้อง)
๑๓	ใบรับรองแพทย์ผู้ขอประกอบกิจการและผู้ดำเนินการสถานพยาบาล	๑	๐	ฉบับ	ใบรับรองแพทย์ไม่เป็นโรคต้องห้ามและออกไว้ไม่เกิน ๖ เดือน
๑๔	สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)	๐	๑	ฉบับ	รับรองสำเนาถูกต้อง
๑๕	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ	๐	๑	ฉบับ	รับรองสำเนาถูกต้อง
๑๖	รูปถ่ายผู้ดำเนินการฯขนาด ๒.๕x๓ ซม ๒ รูป				
๑๗	รูปถ่ายผู้ดำเนินการฯขนาด ๘ x๑๓ ซม ๑ รูป				
๑๘	บันทึกชี้แจงการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล	๑	๐	ฉบับ	แสดงรายละเอียดระบบการควบคุมทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ในคลินิกที่เหมาะสม
๑๙	หนังสือตอบรับจากหน่วยงานที่กำจัดขยะติดเชื้อหรือใบเสร็จรับเงินหรือสัญญาการใช้บริการจากบริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ	๐	๑	ฉบับ	รับรองสำเนาถูกต้อง
๒๐	ในกรณีที่มีเครื่องเอกซเรย์ (ต้องมีเอกสาร/หนังสือรับการตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์)	๐	๑	ฉบับ	รับรองสำเนาถูกต้อง
๒๑	ในกรณีที่มีเครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องมือแพทย์ต้องมีเอกสารรับรองจาก อย.	๐	๑	ฉบับ	รับรองสำเนาถูกต้อง

๑๖. ค่าธรรมเนียม

๑) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ๑,๐๐๐ บาท

๒) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ๒๕๐ บาท

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

๑) ยื่นด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น๑ ตึกเก่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

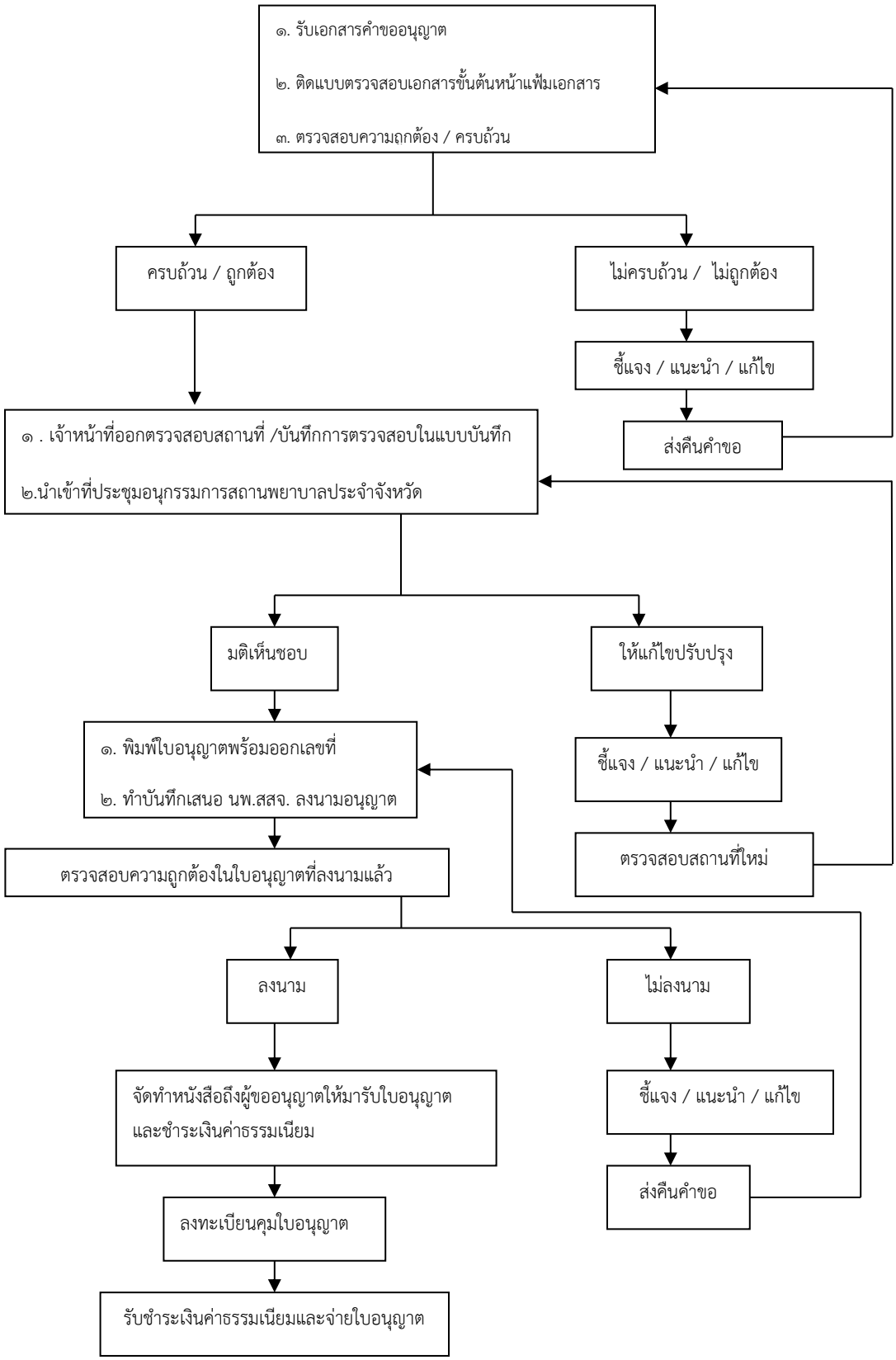
๒) ช่องทางอื่นๆ(สำหรับปรึกษาข้อมูลเบื้องต้น/ตอบข้อซักถามอื่น/ส่งเอกสารเพิ่มเติม)

E-mail : pharmhs@hotmail.com บัญชีไลน์ ๐๘๔๒๑๘๘๗๖๔ โทรศัพท์ ๐๕๓-๖๑๑๕๔๙

๓) ไปรษณีย์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ๑๒๙ ถ.ขุนลุมประพาส ต.จองคำ อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน ๕๘๐๐๐

๑๘. แบบฟอร์ม ตัวอย่าง (ภาคผนวก) ดาวน์โหลดได้ที่ เว็ปไซต์ สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ แบบคำของานคลินิกhttps://mrd-hss.moph.go.th/mrd๑_hss/?p=๑๓๓๓ หรือติดต่อขอรับที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนภูมิขั้นตอนการขออนุญาตเปิดสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก)



สรุป รวมระยะเวลาดำเนินการ ๖๗ วันทำการ
(อ้างอิงจากคู่มือประชาชนตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ) พ.ศ.๒๕๕๘

การขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

2

งานสถานพยาบาล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนงาน: การขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

๑) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๕ และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘

๒) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๔๓/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๓ เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนภูมิภาค

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ๒๑ วันทำการ

๙. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๑ จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๕ จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๑

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน สำเนาคู่มือประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ งานคลินิก

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

๑) ยื่นด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น๑ ตึกเก่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๒) ช่องทางอื่นๆ(สำหรับปรึกษาข้อมูลเบื้องต้น/ตอบข้อซักถามอื่น/ส่งเอกสารเพิ่มเติม)

E-mail : pharmhs@hotmail.com บัญชีไลน์ ๐๘๔๒๑๘๘๗๖๔ โทรศัพท์ ๐๕๓-๖๑๑๕๔๙

๓) ไปรษณีย์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ๑๒๙ ถ.ขุนลุมประพาส ต.จองคำ อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน ๕๘๐๐๐

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

หลักเกณฑ์

มาตรา ๑๙ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สิบนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นสุด เมื่อได้ ยื่นคำขอแล้วให้ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลต่อไปได้ จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุ การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

วิธีการ

๑.ผู้ประกอบกิจการยื่นคำขอการขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการ ต้องยื่นก่อนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล หมดอายุก่อนสิ้นปีที่ ๑๐ นับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต

๒.การยื่นต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ยื่นก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุไม่น้อยกว่า ๓ เดือน เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ เดือนตุลาคม จนถึง ๓๑ ธันวาคม

๓.ต้องมีใบรับรองแพทย์ระบุสุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นโรคต้องห้าม

๔.พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ตรวจสอบการขอต่ออายุใบอนุญาตผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๕.ผู้อนุญาตพิจารณาการต่อใบอนุญาตผู้ประกอบกิจการ / ออกใบอนุญาตผู้ประกอบกิจการใหม่(เลขใหม่) ลงบันทึกใน สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

เงื่อนไข

๑) การนับระยะเวลา ๒๑ วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินกำรแก้ไข หรือยื่นเอกสำรเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งคำขอ

๒) กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบ สำเนาบัตร ประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจ สามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

๑๓. รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

๑) คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (แบบ สพ.๑๑)

๒) สำเนาบัตรประจำตัว

๓) ใบรับรองแพทย์

๔) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต

๕) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล

๖) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๗) หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑

๘) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน ๗ วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ตรวจสอบคำยืนคำขอต่ออายุใบอนุญาต	๑ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๒	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคำขอต่ออายุใบอนุญาต	๑๔ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๓	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	๕ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๔		แจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นขอใบอนุญาต	๑ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๒๑ วันทำการ

๑๔. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕. เอกสาร หลักฐานประกอบ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	๐	๑	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ และสำเนาบัตรประชำชนผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคลรับรองสำเนาบัตรประชาชนผู้มีสิทธิ์ลงนามทุกคน
๒	หนังสือเดินทาง	๐	๑	ฉบับ	(กรณีเป็นชาวต่างชาติ รับรองสำเนา ถูกต้อง)
๓	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ	๐	๑	ฉบับ	กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุลลงนามสำเนาถูกต้อง
๔	หนังสือรับรองนิติบุคคล	๐	๑	ฉบับ	กรณีเป็นนิติบุคคล ให้ประทับตรานิติบุคคลและผู้มีอำนาจลงนาม รับรองสำเนาถูกต้อง

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๕	คำขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(สพ.๑๑)	๑	๐	ฉบับ	ดาวน์โหลดได้ที่ เว็ปไซต์ สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ แบบคำของานคลินิก https://mrd-hss.moph.go.th/mrd๑_hss/?p=๑๓๓๓ หรือติดต่อขอรับที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๖	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล	๑	๐	ฉบับ	
๗	สำเนาทะเบียน บ้านผู้ประกอบกิจการ	๐	๑	ฉบับ	รับรองสำเนา ถูกต้อง
๘	สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล	๐	๑	ฉบับ	รับรองสำเนา ถูกต้อง
๙	ใบรับรองแพทย์ผู้ประกอบกิจการ	๑	๐	ฉบับ	ผู้ประกอบกิจการ(ไม่เป็นโรคต้องห้ามและร่างกายแข็งแรงและออกไว้ไม่เกิน ๖ เดือน)
๑๐	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล	๑	๐	ฉบับ	
๑๑	หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาลจากพนักงานเจ้าหน้าที่ตามม.๔๕แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑	๑	๐	ฉบับ	แบบประเมินตนเองของสถานพยาบาล ผู้ประกอบกิจการต้องประเมินตนเองตามแบบที่กำหนด ดาวน์โหลดได้ที่ เว็ปไซต์ สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ แบบคำของานคลินิก https://mrd-hss.moph.go.th/mrd๑_hss/?p=๑๓๓๓ หรือติดต่อขอรับที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

๑๖. ค่าธรรมเนียม ต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการคลินิก ค่าธรรมเนียม ๑,๐๐๐ บาท

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

๑) ยื่นด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น๑ ตึกเก่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๒) ช่องทางอื่นๆ(สำหรับปรึกษาข้อมูลเบื้องต้น/ตอบข้อซักถามอื่น/ส่งเอกสารเพิ่มเติม)

E-mail : pharmhs@hotmail.com บัญชีไลน์ ๐๘๔๒๑๘๘๗๖๔ โทรศัพท์ ๐๕๓-๖๑๑๕๔๙

๓) ไปรษณีย์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ๑๒๙ ถ.ขุนลุมประพาส ต.จองคำ อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน ๕๘๐๐๐

๑๘. แบบฟอร์ม ตัวอย่าง (ภาคผนวก) ดาวน์โหลดได้ที่ เว็ปไซต์ สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ แบบคำของานคลินิก https://mrd-hss.moph.go.th/mrd๑_hss/?p=๑๓๓๓ หรือติดต่อขอรับที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการ

3

งานสถานพยาบาล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนงาน: การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการคลินิก

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

๑) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๕ และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘

๒) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๔๓/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๓ เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนภูมิภาค

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ๒๑ วันทำการ

๙. ข้อมูลสถิติ จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๑ จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๑๘ จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๑

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน สำเนาคู่มือประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ งานคลินิก

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

๑) ยื่นด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น๑ ตึกเก่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๒) ช่องทางอื่นๆ(สำหรับปรึกษาข้อมูลเบื้องต้น/ตอบข้อซักถามอื่น/ส่งเอกสารเพิ่มเติม)

E-mail : pharmhs@hotmail.com บัญชีไลน์ ๐๘๔๒๑๘๘๗๖๔ โทรศัพท์ ๐๕๓-๖๑๑๕๔๙

๓) ไปรษณีย์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ๑๒๙ ถ.ขุนลุมประพาส ต.จองคำ อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน ๕๘๐๐๐

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

หลักเกณฑ์

๑.มาตรา ๒๘ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สองนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต

๒.การขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ เมื่อได้ยื่นคำขอแล้วให้ผู้นั้นดำเนินการสถานพยาบาล ต่อไปได้จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุ

๓.การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

วิธีการ

๑.ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลยื่นคำขอการขอต่ออายุใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ต้องยื่นก่อนใบอนุญาตให้ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หมดอายุก่อนสิ้นปีที่ ๒ นับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต

๒.การยื่นต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ยื่นก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุไม่น้อยกว่า ๓ เดือน เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ เดือนตุลาคม จนถึง ๓๑ ธันวาคม

๓.ต้องมีใบรับรองแพทย์ระบุสุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นโรคต้องห้าม

๔.พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ตรวจสอบขอต่ออายุใบอนุญาตการผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๕.ผู้อนุญาตพิจารณาการต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล / ลงบันทึกการต่อใบอนุญาตผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ในใบอนุญาตและสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

เงื่อนไข

๑ การนับระยะเวลา ๒๑ วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งคำขอ

๒ กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตร ประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจ สามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

๑๓. รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

๑) คำขอต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล(แบบสพ.๒๐)

๒) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

๓) รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. จำนวน ๒ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี (กรณีออกใบอนุญาตใหม่)

๔) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

๕) ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

๖) เอกสารอื่นๆ

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน ๗ วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

๑๔. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ตรวจสอบการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล	๑ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๒	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคำขอต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล	๑๔ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๓	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	๕ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๔		แจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นขอใบอนุญาต	๑ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

๑๕. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๖. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	๐	๑	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง กรณีมอบอำนาจต้องมีหนังสือรับ มอบอำนาจและ สำเนาบัตร ประชาชนผู้รับมอบ อำนาจ)
๒	หนังสือเดินทาง	๐	๑	ฉบับ	(กรณีเป็น ชาวต่างชาติ รับรองสำเนาถูกต้อง)
๓	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ	๐	๑	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ สกุล รับรอง สำเนาถูกต้อง)
๔	คำขอต่ออายุใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล(แบบสพ.๒๐)	๑	๐	ฉบับ	ดาวน์โหลดได้ที่ เว็ปไซต์ สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ แบบคำของานคลินิก https://mrd-hss.moph.go.th/mrd๑_hss/?p=๑๓๓๓

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
					หรือติดต่อขอรับที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๕	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(สพ ๑๙)	๑	๐	ฉบับ	
๖	สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการสถานพยาบาล	๐	๑	ฉบับ	รับรองสำเนา ถูกต้อง
๗	ใบรับรองแพทย์ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล	๑	๐	ฉบับ	ผู้ดำเนินการ ไม่เป็นโรค ต้องห้ามและร่างกายแข็งแรง และออกไว้ไม่เกิน๖ เดือน
๘	รูปถ่ายขนาด ๒.๕x๓ ซม ๒ รูป				ถ่ายไม่เกิน๑ปี
๙	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล	๑	๐	ฉบับ	

๑๗. ค่าธรรมเนียม ค่าธรรมเนียม ๒๕๐ บาท

๑๘. ช่องทางการร้องเรียน

๑) ยื่นด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น๑ ตึกเก่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๒) ช่องทางอื่นๆ(สำหรับปรึกษาข้อมูลเบื้องต้น/ตอบข้อซักถามอื่น/ส่งเอกสารเพิ่มเติม)

E-mail : pharmhs@hotmail.com บัญชีไลน์ ๐๘๔๒๑๘๘๗๖๔ โทรศัพท์ ๐๕๓-๖๑๑๕๔๙

๓) ไปรษณีย์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ๑๒๙ ถ.ขุนลุมประพาส ต.จองคำ อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน ๕๘๐๐๐

๑๙. แบบฟอร์ม ตัวอย่าง (ภาคผนวก)

ดาวน์โหลดได้ที่ เว็ปไซต์ สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ แบบคำของานคลินิกhttps://mrd-hss.moph.go.th/mrd๑_hss/?p=๑๓๓๓ หรือติดต่อขอรับที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข

การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก

4

งานสถานพยาบาล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนงาน: การขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการคลินิก

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

๑) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๕ และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘

๒) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๔๓/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๓ เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนภูมิภาค

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ๒๑ วันทำการ

๙. ข้อมูลสถิติ จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๑ จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๑ จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๑

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน สำเนาคู่มือประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ งานคลินิก

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

๑) ยื่นด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น๑ ตึกเก่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๒) ช่องทางอื่นๆ(สำหรับปรึกษาข้อมูลเบื้องต้น/ตอบข้อซักถามอื่น/ส่งเอกสารเพิ่มเติม)

E-mail : pharmhs@hotmail.com บัญชีไลน์ ๐๘๔๒๑๘๘๗๖๔ โทรศัพท์ ๐๕๓-๖๑๑๕๔๙

๓) ไปรษณีย์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ๑๒๙ ถ.ขุนลุมประพาส ต.จองคำ อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน ๕๘๐๐๐

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

หลักเกณฑ์

มาตรา ๒๓ ผู้รับอนุญาตต้องจัดให้มีผู้ดำเนินการคนหนึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ควบคุม ดูแลและรับผิดชอบในการดำเนินการสถานพยาบาล

มาตรา ๒๖ ถ้าผู้ดำเนินการพ้นจากหน้าที่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เกินเจ็ดวัน ผู้รับอนุญาตอาจมอบหมายให้บุคคลซึ่งมีคุณสมบัติตามมาตรา ๒๕ ดำเนินการแทนได้ไม่เกินเก้าสิบวัน ในกรณีเช่นว่านี้ให้ผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการแทนแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบภายในสามวันนับแต่วันที่เข้าดำเนินการแทนผู้รับมอบหมายให้ดำเนินการแทนตามวรรคหนึ่ง ให้มีหน้าที่และความรับผิดชอบเช่นเดียวกับผู้ดำเนินการ

มาตรา ๔๒ เมื่อมีการเปลี่ยนตัวผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล ตามมาตรา ๑๘ (๔) ผู้รับอนุญาตต้องแจ้งเป็นหนังสือ ให้ผู้อนุญาตทราบภายในกำหนดสามสิบวันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนนั้น

เงื่อนไข

๑ การนับระยะเวลา ๒๑ วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งคำขอ

๒ กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตร ประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจ สามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

วิธีการ

ต้องยื่นภายในสามสิบวันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาลนั้น

๑๓. รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

๑) แบบคำขออนุญาตเปลี่ยนตัว ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.๑๘)

๒) สำเนาบัตรประจำตัว

๓) สำเนาทะเบียนบ้าน

๔) ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

๕) รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. จำนวน ๒ รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี

๖) รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ ซม. จำนวน ๑ รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี

๗) สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

๘) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

๙) สำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือหนังสือรับรอง

๑๐) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลฉบับจริง

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน ๗ วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

๑๔. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ตรวจสอบคำยืนคำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (ผู้ดำเนินการต้องแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่)	๑ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๒	การพิจารณา	พนักงานเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคำขอต่อ เปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการ สถานพยาบาลและ ตรวจสอบคุณสมบัติ	๑๔ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๓	การลงนาม	เสนอผู้อนุญาตลงนามในใบอนุญาต	๕ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๔		แจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นขอใบอนุญาต	๑ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๒๑ วันทำการ

๑๕. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๖. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	๐	๑	ฉบับ	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจต้องมีหนังสือรับมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ และสำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ กรณีเป็นนิติบุคคลรับรองสำเนาบัตรประชำชนผู้มีสิทธิ์ลงนามทุกคน
๒	หนังสือเดินทาง	๐	๑	ฉบับ	(กรณีเป็น ชาวต่างชาติ รับรองสำเนาถูกต้อง)
๓	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ	๐	๑	ฉบับ	(กรณีเปลี่ยนชื่อ สกุล รับรอง สำเนาถูกต้อง)
๔	ทะเบียนสมรส	๐	๑	ฉบับ	(รับรองสำเนาถูกต้อง)กรณีมีการสมรสหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำนำหน้า ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
๕	คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล(สพ.๑๘)	๑	๐	ฉบับ	ดาวน์โหลดได้ที่ เว็ปไซต์ สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ แบบคำของานคลินิก https://mrd-hss.moph.go.th/mrd๑_hss/?p=๑๓๓๓ หรือติดต่อขอรับที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๖	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(สพ๑๙)	๑	๐	ฉบับ	
๗	สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดำเนินการ	๐	๑	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)
๘	ใบรับรองแพทย์ผู้ดำเนินการ	๑	๐	ฉบับ	ผู้ดำเนินการ ไม่เป็นโรคต้องห้ามและ ร่างกายแข็งแรง และไม่เกิน ๖ เดือน
๙	รูปถ่ายขนาด ๒.๕x๓ ซม ๒ รูป				ถ่ายไม่เกิน๑ปี

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑๐	รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ ซม. ๑ รูป				ถ่ายไม่เกิน๑ปี
๑๑	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล	๑	๐	ฉบับ	
๑๒	สำเนาใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาต ประกอบโรค ศิลปะ สำเนาวุฒิบัตร สภาวิชาชีพ หรือ หนังสือ อนุมัติหรือ หนังสือรับรอง	๐	๑	ฉบับ	(รับรองสำเนา ถูกต้อง)

๑๗. ค่าธรรมเนียม ค่าธรรมเนียม ๒๕๐ บาท

๑๘. ช่องทางการร้องเรียน

๑) ยื่นด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น๑ ตึกเก่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๒) ช่องทางอื่นๆ(สำหรับปรึกษาข้อมูลเบื้องต้น/ตอบข้อซักถามอื่น/ส่งเอกสารเพิ่มเติม)

E-mail : pharmhs@hotmail.com บัญชีไลน์ ๐๘๔๒๑๘๘๗๖๔ โทรศัพท์ ๐๕๓-๖๑๑๕๔๙

๓) ไปรษณีย์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ๑๒๙ ถ.ขุนลุมประพาส ต.จองคำ อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน ๕๘๐๐๐

๑๙. แบบฟอร์ม ตัวอย่าง (ภาคผนวก)

ดาวน์โหลดได้ที่ เว็ปไซต์ สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ แบบคำของานคลินิก https://mrd-hss.moph.go.th/mrd๑_hss/?p=๑๓๓๓ หรือติดต่อขอรับที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

การแจ้งยกเลิกประกอบกิจการคลินิก

5

งานสถานพยาบาล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนงาน: การแจ้งยกเลิกประกอบกิจการคลินิก

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

๑) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๕ และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘

๒) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๔๓/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๓ เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนภูมิภาค

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ๗ วันทำการ

๙. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๑ จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๓ จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๑

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน สำเนาคู่มือประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ งานคลินิก

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

๑) ยื่นด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น๑ ตึกเก่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๒) ช่องทางอื่นๆ(สำหรับปรึกษาข้อมูลเบื้องต้น/ตอบข้อซักถามอื่น/ส่งเอกสารเพิ่มเติม)

E-mail : pharmhs@hotmail.com บัญชีไลน์ ๐๘๔๒๑๘๘๗๖๔ โทรศัพท์ ๐๕๓-๖๑๑๕๔๙

๓) ไปรษณีย์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ๑๒๙ ถ.ขุนลุมประพาส ต.จองคำ อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน ๕๘๐๐๐

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

หลักเกณฑ์

มาตรา ๔๔ ผู้รับอนุญาตผู้ใดประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล ต้องแจ้งเป็นหนังสือและจัดทำรายงานที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ป่วยให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อได้รับแจ้งตามวรรคหนึ่ง ผู้อนุญาตมีอำนาจสั่งให้ผู้รับอนุญาตต้อง ปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใดก่อนเลิกกิจการก็ได้ ทั้งนี้ โดยให้พิจารณาถึงประโยชน์ และส่วนได้เสียของผู้ป่วยในสถานพยาบาลนั้นเป็นสำคัญ

วิธีการ

๑.ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล ให้แจ้งเป็นตามแบบคำขอหนังสือ แจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน

๒.พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ตรวจสอบหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล

๓.ผู้อนุญาตพิจารณาการแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล ลงบันทึกการแจ้งเลิกกิจการลงในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตให้ดำเนินการและสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

เงื่อนไข

๑) การนับระยะเวลา ๗ วันทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งคำขอ

๒) กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตร ประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจ สามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

ช่องทางการดำเนินเรื่องธุรกรรม

๑.การยื่นแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล ให้ยื่นเรื่องที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๒. มีเอกสารครบถ้วน คือ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการและสมุดทะเบียนสถานพยาบาล

๑๓. รายการเอกสาร/หลักฐานประกอบดังนี้

๑. แบบหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.๑๗)

๒. ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๓. ใบอนุญาตให้ดำเนินการ

๔. สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

๑๔. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการให้บริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลตรวจสอบเอกสารหลักฐานครบถ้วน /มอบสำเนาหนังสือแจ้งเลิกกิจการ (สพ.๑๗)	๑ วันทำการ	กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๒	การพิจารณา	การตรวจสอบเอกสารหลักฐานครบถ้วน	๒ วันทำการ	กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๓	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนามแจ้งเลิกกิจการ(สพ.๑๗)	๓ วันทำการ	กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
		แจ้งเลิกกิจการ(สพ.๑๗)	๑ วันทำการ	กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๗ วันทำการ

๑๕. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๖. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นขอ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	๐	๑	ฉบับ	๑.รับรองสำเนาถูกต้อง ๒.กรณีมอบอำนาจต้องมี สำเนาบัตร ประชาชนของผู้ มอบอำนาจ(ผู้มีอำนาจลงชื่อแทน นิติบุคคลทุกคน) และผู้รับมอบ อำนาจที่ลงนามเรียบร้อย ครบถ้วน)
๒	หนังสือรับรองนิติบุคคล	๐	๑	ฉบับ	(กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติ บุคคลต้องประทับตรานิติ บุคคลและผู้มีอำนาจลงนามรับรองสำเนา
๓	หนังสือแจ้งเลิกกิจการ (สพ.๑๗)	๑	๐	ฉบับ	ดาวน์โหลดได้ที่ เว็ปไซต์ สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ แบบคำของานคลินิก https://mrd-hss.moph.go.th/mrd๑_hss/?p=๑๓๓๓ หรือติดต่อขอรับที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๔	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ๗)	๑	๐	ฉบับ	
๕	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ๑๙)	๑	๐	ฉบับ	
๖	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล สพ๖	๑		ฉบับ	
๗	หนังสือมอบอำนาจ				กรณีมอบอำนาจหนังสือมอบอำนาจให้ติดอากรแสตมป์

๑๗.ค่าธรรมเนียม ไม่มีค่าธรรมเนียม

๑๘. ช่องทางการร้องเรียน

๑) ยื่นด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น๑ ตึกเก่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๒) ช่องทางอื่นๆ(สำหรับปรึกษาข้อมูลเบื้องต้น/ตอบข้อซักถามอื่น/ส่งเอกสารเพิ่มเติม)

E-mail : pharmhs@hotmail.com บัญชีไลน์ ๐๘๔๒๑๘๘๗๖๔ โทรศัพท์ ๐๕๓-๖๑๑๕๔๙

๓) ไปรษณีย์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ๑๒๙ ถ.ขุนลุมประพาส ต.จองคำ อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน ๕๘๐๐๐

๑๙. แบบฟอร์ม ตัวอย่าง (ภาคผนวก)

ดาวน์โหลดได้ที่ เว็ปไซต์ สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ แบบคำของานคลินิก https://mrd-hss.moph.go.th/mrd๑_hss/?p=๑๓๓๓ หรือติดต่อขอรับที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

การชำระค่าธรรมเนียมประจำปีคลินิก

6

งานสถานพยาบาล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนงาน: การชำระค่าธรรมเนียมประจำปีคลินิก

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

๑) พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๕ และกฎกระทรวง ประกาศระเบียบ ที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘

๒) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๔๓/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๓ เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนภูมิภาค

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ๑ วันทำการ

๙. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๑ จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๓๒ จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๑

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน สำเนาคู่มือประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ งานคลินิก

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

๑) ยื่นด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น๑ ตึกเก่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๒) ช่องทางอื่นๆ(สำหรับปรึกษาข้อมูลเบื้องต้น/ตอบข้อซักถามอื่น/ส่งเอกสารเพิ่มเติม)

E-mail : pharmhs@hotmail.com บัญชีไลน์ ๐๘๔๒๑๘๘๗๖๔ โทรศัพท์ ๐๕๓-๖๑๑๕๔๙

๓) ไปรษณีย์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ๑๒๙ ถ.ขุนลุมประพาส ต.จองคำ อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน ๕๘๐๐๐

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

หลักเกณฑ์

๑. ตามกฎหมายกำหนดให้ผู้รับอนุญาตต้องชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลรายปีภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคมของทุกปี ให้ยกเว้นสำหรับปีที่ได้รับอนุญาตและสำหรับปีที่ได้รับการต่ออายุใบอนุญาต ตลอดเวลาที่ยังประกอกิจการ ถ้าไม่ชำระภายในเวลาที่กำหนดให้ชำระเงินเพิ่มอีกร้อยละห้าต่อเดือนถ้ายังไม่ยินยอมชำระค่าธรรมเนียมหลังพ้นจากกำหนดหกเดือน ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ ผู้รับอนุญาตดำเนินการตามมาตรา ๔๙ ให้ระงับหรือปฏิบัติให้ ถูกต้องภายในระยะเวลาที่เห็นสมควร แต่ทั้งนี้ ไม่เป็นเหตุลบล้างความผิดตามพระราชบัญญัตินี้

๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสามารถยื่นชำระค่าธรรมเนียมได้ตั้งแต่เดือนตุลาคมของทุกปี

เงื่อนไข

๑) การนับระยะเวลา ๑ ชั่วโมงทำการ ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน และ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิฉะนั้นจะถือว่าผู้รับบริการ ละทิ้งคำขอ

๒) กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการหรือรับเอกสารแทน ต้องทำเป็นหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตร ประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และต้องมีข้อความว่าในใบมอบอำนาจว่าผู้รับมอบอำนาจ สามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)

หมายเหตุ: ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว และแจ้งผลการพิจารณาภายใน ๗ วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการให้บริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ขอรับใบอนุญาตยื่นคำขอและเอกสารประกอบคำขอ	๕ นาที	กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข
๒	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ลงทะเบียน มอบใบชำระค่าธรรมเนียม	๓๐ นาที	กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข
๓	การพิจารณา	ยื่นเอกสารชำระเงิน	๕ นาที	กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการให้บริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๔	การลงนาม	ผู้อนุญาตลงนามในสพ.๑๒	๑๐ นาที	กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข
		รับสพ.๑๒และสมุดทะเบียน	๑๐ นาที	กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑ ชั่วโมง

๑๔.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการแล้ว

๑๕.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	๐	๑	ฉบับ	รับรองสำเนาถูกต้อง กรณีมอบอำนาจต้องมีสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ(ผู้มีอำนาจลงชื่อแทน)
๒	หนังสือรับรองนิติบุคคล	๐	๑	ฉบับ	(กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคลต้องประทับตรานิติบุคคล และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล รับรองสำเนาถูกต้อง)
๓	คำขอชำระค่าธรรมเนียมสถานพยาบาลประจำปี	๑	๐	ฉบับ	ดาวน์โหลดได้ที่ เว็ปไซต์ สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ แบบคำของานคลินิก https://mrd-hss.moph.go.th/mrd๑_hss/?p=๑๓๓๓ หรือติดต่อขอรับที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๔	สมุดทะเบียนสถานพยาบาล สพ๙	๑	๐		
๕	รายงานประจำปี (สพ.๒๓)	๑	๐		ดาวน์โหลดได้ที่ เว็ปไซต์ สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ แบบคำของานคลินิก https://mrd-hss.moph.go.th/mrd๑_hss/?p=๑๓๓๓ หรือติดต่อขอรับที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๖	แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วย	๑	๐		กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขจัดส่งพร้อมจดหมายแจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมประจำปี

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
	สถานพยาบาลในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (Self-Assessment)				
๗	หนังสือมอบอำนาจ	๑	๐		กรณีมอบอำนาจ หนังสือมอบอำนาจให้ติดอากรแสตมป์

๑๖. ช่องทางการร้องเรียน

๑) ยื่นด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น๑ ตึกเก่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๒) ช่องทางอื่นๆ(สำหรับปรึกษาข้อมูลเบื้องต้น/ตอบข้อซักถามอื่น/ส่งเอกสารเพิ่มเติม)

E-mail : pharmhs@hotmail.com บัญชีไลน์ ๐๘๔๒๑๘๘๗๖๔ โทรศัพท์ ๐๕๓-๖๑๑๕๔๙

๓) ไปรษณีย์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ๑๒๙ ถ.ขุนลุมประพาส ต.จองคำ อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน ๕๘๐๐๐

๑๗. แบบฟอร์ม ตัวอย่าง (ภาคผนวก)

ดาวน์โหลดได้ที่ เว็ปไซต์ สำนักงานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ แบบคำของานคลินิก https://mrd-hss.moph.go.th/mrd๑_hss/?p=๑๓๓๓ หรือติดต่อขอรับที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขออนุญาต
การประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลฯ ประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก)
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ชื่อสถานพยาบาล.....อำเภอ.....

ที่	รายการเอกสาร	ครบ	ไม่ครบ	หมายเหตุ
1	คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.1)			
2	แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (แบบ สพ.2)			
3	คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.5)			
4	หนังสือแสดงเจตจำนงเป็นปฏิบัติงานใน สถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ สพ.6)			
5	คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล / คำขออนุญาตเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ สพ.18)			
6	แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้าง			
7	แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล 1. แบบผังหลักของพื้นที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล 2. แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอย 3. ผังการแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษ 4. เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร 5. ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย			
8	เอกสารแสดงภาพถ่ายลักษณะสถานพยาบาล โดยมีรายการดังต่อไปนี้ 1.แสดงภาพอาคารภายนอกอย่างน้อยด้านหน้า 2.แสดงภาพถ่ายห้องตรวจโรคและอุปกรณ์ภายในห้องทุกห้องประกอบว่าเสร็จเรียบร้อยแล้ว			
9	สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขอประกอบกิจการ			
10	สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอประกอบกิจการ			
11	สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล			

ที่	รายการเอกสาร	ครบ	ไม่ครบ	หมายเหตุ
12	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ (โฉนดที่ดิน) (หากไม่ใช้เจ้าของกรรมสิทธิ์ ต้องมีเอกสารดังนี้ 1.สัญญาเช่า 2.สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า รับรองสำเนาถูกต้อง)			
13	ใบรับรองแพทย์ผู้ขอประกอบกิจการ			
14	สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)			
15	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ			
16	รูปถ่ายขนาด 2.5x3 ซม 2 รูป			
17	รูปถ่ายขนาด 8 x13 ซม 1 รูป			
18	บันทึกชี้แจงการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล			
19	หนังสือตอบรับจากหน่วยงานที่กำจัดขยะติดเชื้อหรือใบเสร็จรับเงินหรือสัญญาการใช้บริการจากบริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ			
20	ในกรณีที่มีเครื่องเอกซเรย์ (ต้องมีเอกสาร/หนังสือรับการตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์)			
21	ในกรณีที่มีเครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องมือแพทย์ต้องมีเอกสารรับรองจาก อย.			

ครั้งที่ 1 วันที่.....( ) ครบถ้วน ( )ไม่ครบถ้วน ขาด.....
ครั้งที่ 2 วันที่.....( ) ครบถ้วน ( )ไม่ครบถ้วน ขาด.....

เสนอ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ
( ) เอกสารครบถ้วน นัดตรวจสถานที่ วันที่.....
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

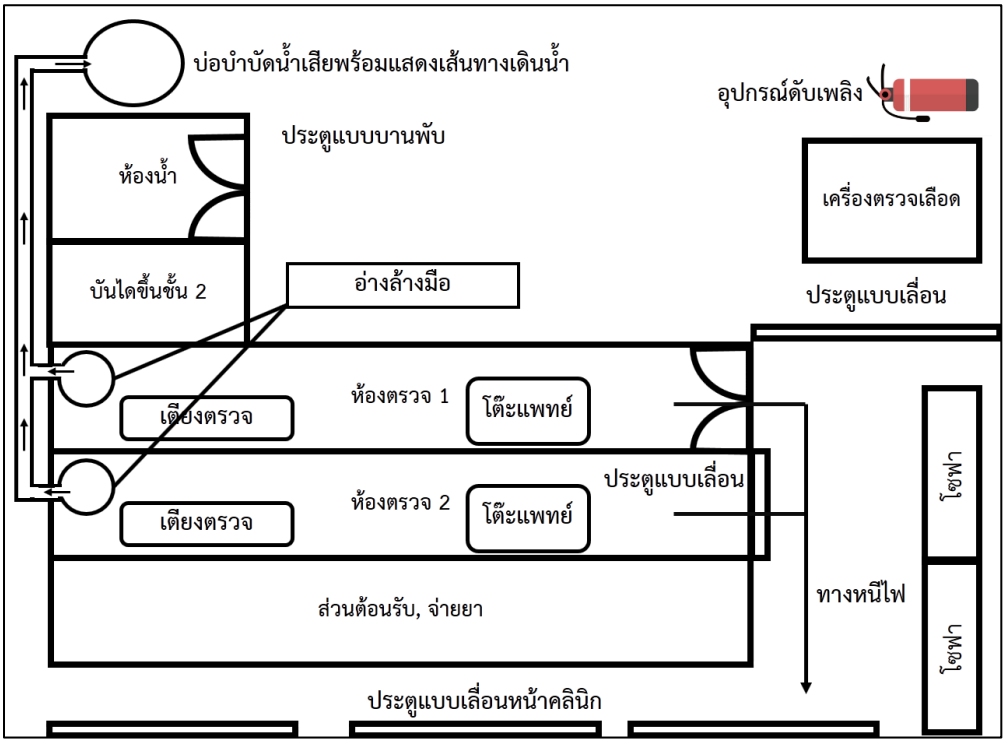
ความเห็นหัวหน้ากลุ่มงานฯ
( ) รับทราบ ( ) ส่งให้แก้ไข เนื่องจาก.....
ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงานฯ

คำอธิบายรายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขออนุญาต

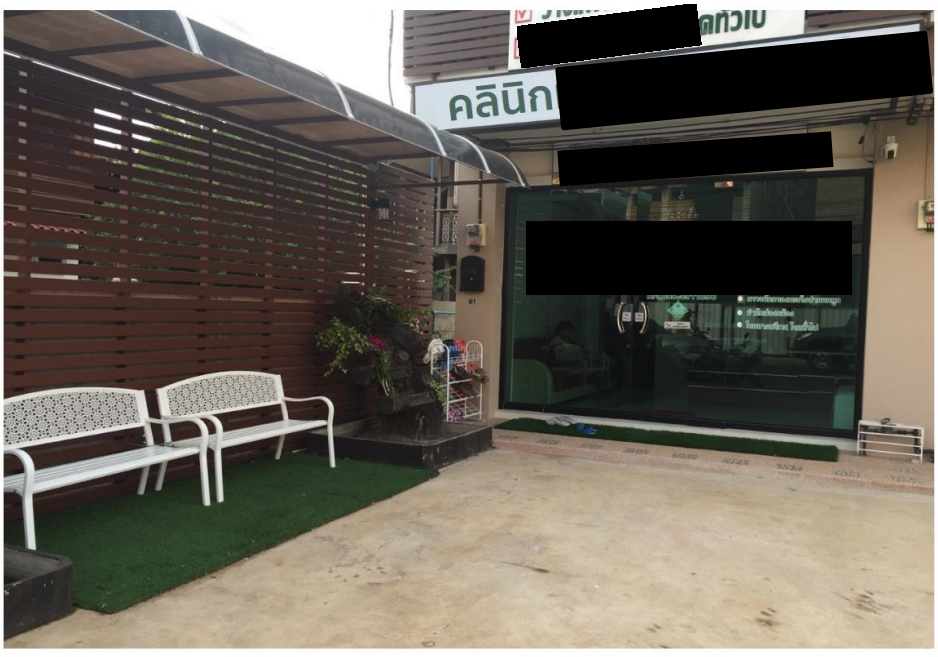
- เอกสารทุกชุดลงนามโดยผู้ขออนุญาตประกอบกิจการไม่ให้ใช้ดินสอ

เอกสารหมายเลข 1-5 กรอกคำขอตามแบบ
เอกสารหมายเลข 6 แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้าง
เอกสารหมายเลข 7 แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล

- ผังหลักแสดงห้องตรวจต่างๆ



เอกสารหมายเลข 8 เอกสารแสดงภาพถ่ายลักษณะสถานพยาบาล



ตัวอย่างภาพอาคารภายนอกอย่างน้อยด้านหน้า



ตัวอย่างภาพถ่ายห้องตรวจโรคและอุปกรณ์ภายใน

เอกสารหมายเลข 9-11 ถ่ายเอกสารและเซ็นสำเนาถูกต้อง

เอกสารหมายเลข 12 เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์



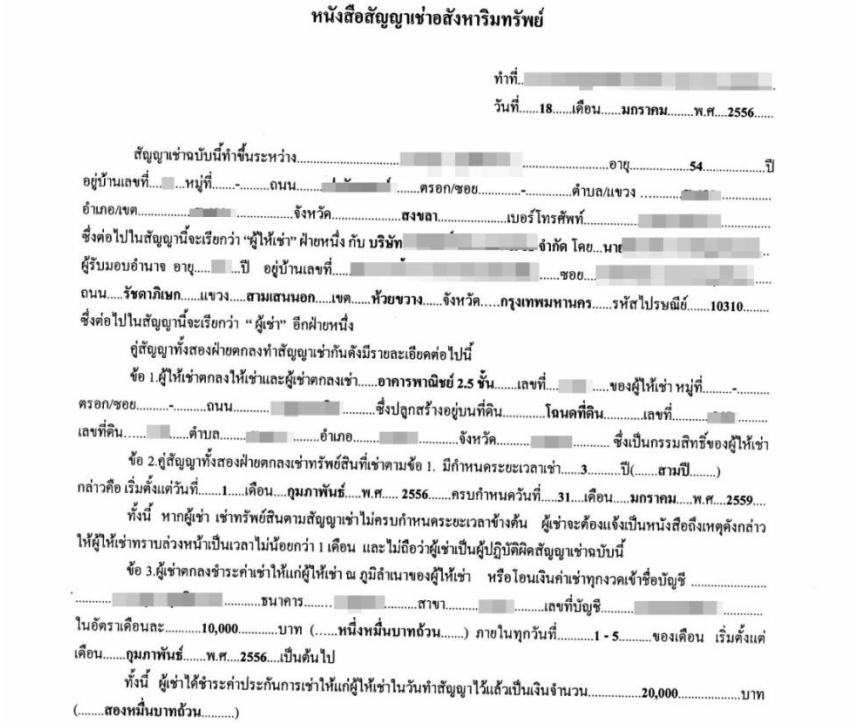
โฉนดที่ดิน

เป็นหนังสือสำคัญแสดงกรรมสิทธิ์

ตัวอย่างสำเนาโฉนดที่ดิน

-
-
-
-
-

- หากกรณีเช่าใช้สัญญาเช่าพร้อมสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า รับรองสำเนาถูกต้อง)



หนังสือสัญญาเช่าอสังหาริมทรัพย์

ทำที่.....

วันที่.....18.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....2556.....

สัญญาเช่าฉบับนี้ทำขึ้นระหว่าง.....อายุ.....54.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....-.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....-.....ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....สงขลา.....เบอร์โทรศัพท์.....
ซึ่งต่อไปในสัญญานี้จะเรียกว่า "ผู้ให้เช่า" ฝ่ายหนึ่ง กับ บริษัท.....จำกัด โดย...นาย.....
ผู้รับมอบอำนาจ อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....
ถนน.....รัชดาภิเษก.....แขวง.....สามเสนนอก.....เขต.....ห้วยขวาง.....จังหวัด.....กรุงเทพมหานคร.....รหัสไปรษณีย์.....10310.....
ซึ่งต่อไปในสัญญานี้จะเรียกว่า " ผู้เช่า" อีกฝ่ายหนึ่ง

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายตกลงทำสัญญาเช่ากันดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1.ผู้ให้เช่าตกลงให้เช่าและผู้เช่าตกลงเช่า.....อาคารพาณิชย์ 2.5 ชั้น.....เลขที่.....ของผู้ให้เช่า หมู่ที่.....-.....
ตรอก/ซอย.....-.....ถนน.....ซึ่งปลูกสร้างอยู่บนที่ดิน.....โฉนดที่ดิน.....เลขที่.....
เลขที่ดิน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... ซึ่งเป็นกรรมสิทธิ์ของผู้ให้เช่า

ข้อ 2.คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายตกลงเช่าทรัพย์สินที่เช่าตามข้อ 1. มีกำหนดระยะเวลาเช่า.....3.....ปี(.....สามปี.....)
กล่าวคือ เริ่มตั้งแต่วันที่.....1.....เดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ..... 2556.....ครบกำหนดวันที่.....31.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....2559.....
ทั้งนี้ หากผู้เช่า เช่าทรัพย์สินตามสัญญาเช่าไม่ครบกำหนดระยะเวลาข้างต้น ผู้เช่าจะต้องแจ้งเป็นหนังสือถึงเหตุดังกล่าว
ให้ผู้ให้เช่าทราบล่วงหน้าเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน และไม่ถือว่าผู้เช่าเป็นผู้ปฏิบัติผิดสัญญาเช่าฉบับนี้

ข้อ 3.ผู้เช่าตกลงชำระค่าเช่าให้แก่ผู้ให้เช่า ณ ภูมิลำเนาของผู้ให้เช่า หรือโอนเงินค่าเช่าทุกงวดเข้าชื่อบัญชี .....
.....ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....
ในอัตราเดือนละ.....10,000.....บาท (.....หนึ่งหมื่นบาทถ้วน.....) ภายในทุกวันที่.....1 - 5.....ของเดือน เริ่มตั้งแต่
เดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ.....2556.....เป็นต้นไป

ทั้งนี้ ผู้เช่าได้ชำระค่าประกันการเช่าให้แก่ผู้ให้เช่าในวันทำสัญญาไว้แล้วเป็นเงินจำนวน.....20,000.....บาท
(.....สองหมื่นบาทถ้วน.....)

ตัวอย่างสัญญาเช่า

เอกสารหมายเลข 13 หากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นผู้ขอประกอบกิจการใช้ใบรับรองแพทย์ผู้ตรวจท่านอื่น
เอกสารหมายเลข 16-17 อัดรูปส่ง
เอกสารหมายเลข 18 ชี้แจงการป้องกันการติดเชื้อทกุหัวข้อตามแบบ
เอกสารหมายเลข 19 หนังสือตอบรับจากหน่วยงานที่กำจัดขยะติดเชื้อ หรือใบเสร็จรับเงินหรือสัญญาการใช้บริการจากบริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ

- ทำบันทึกข้อความส่งให้โรงพยาบาลเพื่อให้โรงพยาบาลตอบรับโดยมีลายเซ็นจากผู้มีอำนาจลงนามของโรงพยาบาล

หมายเหตุ: เพื่อความสะดวกในการตรวจมาตรฐานเพื่อให้อนุญาต กรุณาเช็คความเรียบร้อยของสถานพยาบาลให้เป็นไปตามบันทึกการตรวจมาตรฐาน และใส่เครื่องหมาย ✓

แบบ ส.พ. ๑

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เขียนที่ .....
.....
.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....
โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ ๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

☐ คลินิกเวชกรรม
☐ คลินิกทันตกรรม
☐ คลินิกเฉพาะทาง ☐ ด้านเวชกรรม ☐ ด้านทันตกรรม ☐ ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
☐ คลินิกกายภาพบำบัด
☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์
☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทยประยุกต์
☐ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ ☐ กิจกรรมบำบัด ☐ การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
☐ เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ☐ รังสีเทคนิค ☐ จิตวิทยาคลินิก ☐ กายอุปกรณ์
☐ การแพทย์แผนจีน ☐ อื่น ๆ
☐ สหคลินิก ประกอบด้วย .....

.....

☐ ๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย .....
.....
.....

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....
ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต .....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....โทรสาร.....
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำ ขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยจำ นวน ..... ฉบับ คือ

☐ แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
☐ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง
☐ แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล
☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต
☐ สำเนาบัตรประจำตัว
☐ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
☐ ใบรับรองแพทย์
☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
☐ อื่น ๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๑.ลักษณะสถานพยาบาลเป็น

- ☐ คลินิกเวชกรรม
- ☐ คลินิกทันตกรรม
- ☐ คลินิกเฉพาะทาง ☐ ด้านเวชกรรม ☐ ด้านทันตกรรม ☐ ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- ☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- ☐ คลินิกกายภาพบำบัด
- ☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์
- ☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทยประยุกต์
- ☐ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ ☐ กิจกรรมบำบัด ☐ การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
  ☐ เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ☐ รังสีเทคนิค ☐ จิตวิทยาคลินิก ☐ กายอุปกรณ์
  ☐ การแพทย์แผนจีน ☐ อื่น ๆ
- ☐ สหคลินิก ประกอบด้วย .....

.....

๒. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม .....

.....

๓. ลักษณะอาคารซึ่งใช้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล

☐ เป็นอาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ ☐ เป็นอาคารอยู่อาศัย ☐ เป็นห้องแถว ☐ เป็นตึกแถว
☐ เป็นบ้านแถว ☐ เป็นบ้านแฝด ☐ เป็นอาคารพาณิชย์ ☐ ตั้งอยู่ในศูนย์การค้า
☐ อื่น ๆ ..... มี.....คูหา.....ชั้น

๔. พื้นที่.....ตารางเมตร กว้าง.....เมตร ยาว.....เมตร สูง.....เมตร

๕. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพ.....คน

๖. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

๗. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ..... วันนับแต่วันยื่นแบบ ส.พ.๑

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

อนุมัติ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้อนุญาต

วันที่.....

<u>หมายเหตุ</u> ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบ ส.พ. ๕

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....
.....
.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ ๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

☐ คลินิกเวชกรรม

☐ คลินิกทันตกรรม

☐ คลินิกเฉพาะทาง ☐ ด้านเวชกรรม ☐ ด้านทันตกรรม ☐ ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกกายภาพบำบัด

☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์

☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทยประยุกต์

☐ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ ☐ กิจกรรมบำบัด ☐ การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย

☐ เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ☐ รังสีเทคนิค ☐ จิตวิทยาคลินิก ☐ กายอุปกรณ์

☐ การแพทย์แผนจีน ☐ อื่น ๆ

☐ สหคลินิก ประกอบด้วย .....

.....

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

☐ ห้องเอกซเรย์ ☐ ห้องไตเทียม ☐ ห้องผ่าตัด ☐ ห้องฝังเข็ม

☐ อื่น ๆ .....

๒.๒ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

☐ โรงพยาบาลทั่วไป ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลเฉพาะทาง .....☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลทันตกรรม ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลกายภาพบำบัด ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

☐ อายุรกรรม	☐ ศัลยกรรม	☐ สูตินรีเวชกรรม	☐ กุมารเวชกรรม
☐ แผนกเทคนิคการแพทย์	☐ แผนกออร์โธปิดิกส์	☐ แผนกโรคผิวหนัง	☐ แผนกการผสมเทียม
☐ แผนกกายภาพบำบัด	☐ แผนกการแพทย์แผนไทย	☐ แผนกโภชนาการ	☐ แผนกซักฟอก
☐ หอผู้ป่วยหนัก	☐ ห้องตรวจภายในและขูดมดลูก	☐ ห้องผ่าตัดเล็ก	☐ ห้องให้การรักษา
☐ ห้องทารกหลังคลอด	☐ การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ	☐ ห้องไตเทียม	☐ ห้องทันตกรรม
☐ รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์	☐ การผ่าตัดเปิดหัวใจ	☐ การสวนหัวใจ	☐ รังสีบำบัด
☐ การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า		☐ การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ	☐ ห้องเก็บศพ

☐ แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ☐ แผนกการนวด ☐ แผนกการแพทย์แผนจีน ☐ อื่น ๆ .....

๓.วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ) .....

.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงมาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว

☐ หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖ พร้อมสำเนา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบวิชาชีพ

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้อนุญาต

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล

☐ ใบรับรองแพทย์

☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล

☐ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี)

☐ หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล

☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)

☐ แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง

☐ เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้

(ก) แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล

(ข) แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง

(ค) แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร

(ง) ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร

(จ) ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร

(ฉ) เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร

(ช) ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย

□ กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมีเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

(ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ

(ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร

(ค) หนังสือแสดงความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม

□อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
2. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
3. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
4. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> 1. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง□ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบ ส.พ. ๖

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่ .....
.....
.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัว | | | | | | | | | | | | | |

อายุ ..... ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....
เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้วันที่ .....
ได้รับ ☐ หนังสืออนุมัติ ☐ วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ..... ออกให้วันที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ปัจจุบันข้าพเจ้า

☐ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

☐ รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ) .....
.....
.....
.....

☐ ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน

☐ เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน
ชื่อสถานพยาบาล.....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... มาก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล .....
โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้ .....
.....
.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ ☐ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ
☐ รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป
☐ อื่น ๆ .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้แสดงความจำนง

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบ ส.พ. ๑๘

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

☐ คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

☐ คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ..... ออกให้ ณ วันที่ .....

☐ วุฒิบัตร ☐ หนังสืออนุมัติ ☐ หนังสือรับรอง สาขา.....

ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง

วัน/เวลาทำการ..... เพื่อ ☐ ขอดำเนินการสถานพยาบาลใหม่

☐ ขอดำเนินการแทนผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก ☐ ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประสงค์จะเปลี่ยน

☐ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมไม่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป

ลักษณะสถานพยาบาล ..... ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน.....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขณะนี้ข้าพเจ้า

☐ เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่..... ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้

(ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ ใบรับรองแพทย์
☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
☐ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง
☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี)
☐ รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
☐ รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๑ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง

๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

(.....) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

<u>หมายเหตุ</u> ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

บันทึกชี้แจงการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ.....

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... (๒) .....

ได้ยื่นขอรับอนุญาตประกอบกิจการ/ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัดแม่ฮ่องสอน รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ข้าพเจ้า ขอชี้แจงแนวทางในการควบคุมการติดเชื้อภายในสถานพยาบาล ดังนี้

๒.๑ ภาชนะที่ใช้ในการจัดเก็บขยะติดเชื้อ

.....

.....

๒.๒ ภาชนะที่ใช้ในการเก็บขยะติดเชื้อที่เป็นของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด สไลด์ ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว เป็นต้น

.....

.....

๒.๓ สถานที่ส่งกำจัดขยะติดเชื้อ

.....

ระยะเวลาหรือความถี่ในการส่งกำจัด.....

.....

๒.๔. การทำความสะอาดและการทำให้ปราศจากเชื้อ

บริเวณพื้นห้องตรวจ.....

บริเวณพื้นห้องทำแผล/ห้องปฏิบัติการต่างๆ.....

.....

เตียงตรวจ.....

รถทำแผล.....

เครื่องมือตรวจโรคทั่วไป เช่น เครื่องวัดความดัน หูฟัง .....

.....

ปรอทวัดไข้.....

ไม้กดลิ้น.....

ขวดแก้วแบ่งน้ำยาบนรถทำแผล.....

.....

เครื่องมือตรวจโรคทั่วไป เช่น เครื่องวัดความดัน หูฟัง .....

.....

ปรอทวัดไข้.....

ไม้กดลิ้น.....

ขวดแก้วแบ่งน้ำยาบนรถทำแผล.....

.....

วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ที่เป็นแสตนเลส หรือ โลหะ เช่น กระปุกใส่ Transfer Forceps, Forceps, Curette, กรรไกรตัดไหม ถาด ใส่เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ หม้อก็อซ/สำลี เป็นต้น.....

.....

.....

Set Sterile ต่างๆ เช่น Set ทำแผล Set เย็บแผล เป็นต้น.....

.....

เข็ม Syring ถุงมือ.....

.....

<u>เครื่องมือแพทย์หรือเครื่องมือทันตกรรมต่างๆ</u>.

ชุดตรวจฟัน ชุดอุดฟัน ชุดถอนฟัน(ที่ทำด้วยโลหะ).....

.....

ด้ามกรอฟัน(กรอช้า/กรอเร็ว).....

.....

เรื่องขูดหินปูนไฟฟ้า.....

.....

ด้ามจับ Suction , tripple Syring, ท่อนำแสงของเครื่องฉายแสง.....

.....

เครื่องมือ/วัสดุที่ทำด้วยพลาสติกยาง เช่น ด้ามพู่กัน,Rubber cup,ขนแปรงพู่กัน.....

.....

การทำลายเชื้อพื้นผิวที่ปนเปื้อน เช่น เบาะเก้าอี้ทำฟัน ปุ่มปรับต่างๆ.....

.....

อื่นๆได้แก่.....

.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ หลักฐานการใช้บริการกำจัดขยะติดเชื้อ

☐ .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(.....)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ .....-.....

ที่ .....-..... **วันที่** .....

เรื่อง ขออนุญาตฝากทำลายขยะติดเชื้อจากคลินิก

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

เนื่องด้วย ข้าพเจ้า.....ได้ทำการเปิดคลินิกประเภท ..... ชื่อ .....ตั้งอยู่ ณ เลขที่ ....

ทำการตรวจรักษา จึงมีขยะติดเชื้อที่จำเป็นต้องทำลายโดยผู้เชี่ยวชาญ

ดังนั้น จึงขอความอนุเคราะห์ทางโรงพยาบาล..... ช่วยประสานการดำเนินงานเพื่อรับทำลายขยะติดเชื้อ จากคลินิกดังกล่าว ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

(.....)

แบบ ส.พ. ๑๑

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียง

๒.ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน .....พ.ศ. ....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ .....โทรสาร..... .....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ขอต่ออายุใบอนุญาต (ซึ่งเป็นการต่ออายุตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ครั้งที่ .....)

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ ใบรับรองแพทย์

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

☐ หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ 1.ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบ ส.พ. ๒๐

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....
ถนน ..... ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง ตามใบอนุญาตที่.....ออกให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....
ลักษณะของสถานพยาบาล .....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก ..... ถนน.....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
วัน/เวลาทำการ.....

๓. ขณะนี้ข้าพเจ้า
☐ เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภท ..... ลักษณะของสถานพยาบาล.....
ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้
(ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

☐ รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

☐ ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ดำเนินการ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> ๑. ต้องมายื่นคำขอด้วยตนเอง

๒. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบ ส.พ. ๑๘

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

☐ **คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล**
☐ **คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล**

เขียนที่ .....
.....
.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....
ถนน ..... ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ .....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ..... ออกให้ ณ วันที่ .....
☐ วุฒิบัตร ☐ หนังสืออนุมัติ☐ หนังสือรับรอง สาขา.....
ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง
วัน/เวลาทำการ..... เพื่อ ☐ ขอดำเนินการสถานพยาบาลใหม่
☐ ขอดำเนินการแทนผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก ☐ ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประสงค์จะเปลี่ยน
☐ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมไม่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป
ลักษณะสถานพยาบาล ..... ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน.....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขณะนี้ข้าพเจ้า

☐ เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่..... ลักษณะของสถานพยาบาล.....
ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้
(ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว
☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง
☐ ใบรับรองแพทย์
☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี)
☐ รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
☐ รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง

๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

(.....) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

<u>หมายเหตุ</u> ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบ ส.พ. ๑๗

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับ

หนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียง

ลักษณะของสถานพยาบาล .....

ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....

ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. มีความประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล เนื่องจาก .....

.....

ทั้งนี้ตั้งแต่ ..... เป็นต้นไป

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

สำหรับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องจัดทำรายงานการดำเนินการ ดังต่อไปนี้แนบมาด้วย คือ

☐ รายงานยอดผู้ป่วยที่คงค้างอยู่ในสถานพยาบาลและแผนการดำเนินการต่อผู้ป่วยที่ยังคงค้างอยู่หลังจากเลิกกิจการสถานพยาบาล

☐ รายงานการประกาศแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลทางหนังสือพิมพ์และหรือสื่ออื่น ๆ ที่แพร่หลาย เพื่อให้ผู้ป่วยมาขอรับเวชระเบียน ฟิล์มเอกซเรย์ และอื่น ๆ

☐ รายงานการจำหน่ายเวชระเบียน ฟิล์มเอกซเรย์ และอื่น ๆ ที่ยังไม่มีผู้มาขอรับ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

(.....)

รับทราบ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้อนุญาต

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

หมายเหตุ 1.ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

ฉ

เลขรับที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี 2564

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.ข้าพเจ้า(ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)

☐ (บุคคลธรรมดา) ชื่อ .....เลขที่บัตรประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

☐ (นิติบุคคล) ชื่อ.....โดย (ผู้มีอำนาจลงนาม)

1. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

2. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

สถานพยาบาล (คลินิก) ชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ คลินิกตั้งอยู่เลขที่..... .....

ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด ..... โทรศัพท์..... ปัจจุบันมี ผู้ดำเนินการคลินิกชื่อ.....

2.ข้าพเจ้ามีความประสงค์ **ขอชำระเงินค่าธรรมเนียม**ประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี 2564

จำนวน 500 บาท และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท

(กรณีมาชำระภายหลังวันที่ 31 ธันวาคม 2564 ต้องชำระเงินเพิ่มเดือนละ 25 บาท)

3.ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร หลักฐานมาพร้อมนี้ คือ

☐ 3.1 สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(กรณีไม่มีหรือยังไม่ได้รับสมุดทะเบียน กรุณาแนบสำเนาใบประกอบกิจการสถานพยาบาล สพ.7)

☐ 3.2 รายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (สพ.23)

☐ 3.3 แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเอง ประจำปี 2564

☐ 3.4 อื่น ๆ (ถ้ามี) ระบุ.....

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการฯ

(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน

(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ใบสำคัญรับเงิน เล่มที่..... /เลขที่.....

จำนวนเงิน.....บาท วันที่...../...../.....

ลงชื่อ จนท. ผู้มอบแบบ สพ.12 /ลงรายการใบสำคัญรับเงิน.....

.....

ข้าพเจ้าได้รับ ☐ ส.พ.12 เลขที่.....

☐ สมุดทะเบียน คืนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับคืน

(.....)(ตัวบรรจง)

วันที่...../...../.....

รายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
ประจำปีงบประมาณ.....
(บันทึกข้อมูลตั้งแต่ ๑ ตุลาคมของปีที่ผ่านมา ถึง ๓๐ กันยายน ของปีปัจจุบัน)

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อสถานพยาบาล.....
ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
๑.๒ ชื่อผู้รับอนุญาต.....เลขที่ใบอนุญาต.....
๑.๓ ชื่อผู้ดำเนินการ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

๒. ลักษณะสถานพยาบาลและจำนวนการให้บริการ

๒.๑ ลักษณะสถานพยาบาล.....(คลินิกเฉพาะทางระบุสาขา).....
๒.๒ จำนวนผู้ป่วย..... คน.....ครั้ง
๒.๒.๑ จำนวนผู้ป่วยชาวไทย..... คน.....ครั้ง
๒.๒.๒ จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ..... คน.....ครั้ง
๒.๓ จำนวนการให้บริการ
๒.๓.๑ เวชกรรม..... คน.....ครั้ง
๒.๓.๒ เวชกรรมเฉพาะทาง.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๓ ล้างไต..... คน.....ครั้ง
๒.๓.๔ การผ่าตัดเล็ก.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๕ ทันตกรรม
๑) ส่งเสริม,ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
๒) รักษา..... คน.....ครั้ง
๒.๓.๖ ทันตกรรมเฉพาะทาง
๑) ส่งเสริม,ป้องกัน.....คน.....ครั้ง
๒) รักษา..... คน.....ครั้ง
๒.๓.๗ กายภาพบำบัด..... คน.....ครั้ง
๒.๓.๘ เทคนิคการแพทย์.....คน.....ครั้ง
๒.๓.๙ การพยาบาลและการผดุงครรภ์
๑) การตรวจก่อนคลอด.....คน.....ครั้ง
๒) การทำคลอดปกติ.....คน.....ครั้ง
๓) การดูแลหลังคลอด.....คน.....ครั้ง
๔) การพยาบาลอื่น (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์เฉพาะทาง

๑) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์.....คน.....ครั้ง

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๒) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๓) สาขาการผดุงครรภ์/สาขาการพยาบาลมารดาและทารก

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๔) สาขาการพยาบาลเด็ก

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๕) สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน/การพยาบาลชุมชน

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๖) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

: ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

: ป้องกัน.....คน.....ครั้ง

: ฟื้นฟู.....คน.....ครั้ง

: อื่นๆ (ระบุ).....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๑ การแพทย์แผนไทย

๑) รักษา.....คน.....ครั้ง

๒) ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๒ การแพทย์แผนไทยประยุกต์

๑) รักษา.....คน.....ครั้ง

๒) ส่งเสริม.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๓ การประกอบโรคศิลปะกิจกรรมบำบัด

๑) การให้บริการสำหรับเด็กและวัยรุ่น

: การตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง

: การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสภาพ.....คน.....ครั้ง

๒) การให้บริการสำหรับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ

: การตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง

: การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสภาพ.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๔ การประกอบโรคศิลปะการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย

๑) การให้บริการการแก้ไขการพูด.....คน.....ครั้ง

๒) การให้บริการการแก้ไขการได้ยิน.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๕ การประกอบโรคศิลปะเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

๑) การให้บริการระบบหัวใจ.....คน.....ครั้ง

๒) การให้บริการระบบปอด.....คน.....ครั้ง

๓) การให้บริการระบบหลอดเลือด.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๖ การประกอบโรคศิลปะรังสีเทคนิค

๑) เอกซเรย์.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๗ การประกอบโรคศิลปะจิตวิทยาคลินิก

๑) การให้บริการทางจิตวิทยาคลินิก.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๘ การประกอบโรคศิลปะกายอุปกรณ์

๑) ตรวจประเมิน.....คน.....ครั้ง

๒) ปรับแก้ไขอุปกรณ์.....คน.....ครั้ง

๓) ผลิตกายอุปกรณ์.....คน.....ครั้ง

๒.๓.๑๙ การประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนจีน

๑) ฝังเข็ม.....คน.....ครั้ง

๒) นวดทุยนา.....คน.....ครั้ง

๓) สั่งยา.....คน.....ครั้ง

๔) อื่นๆ (โปรดระบุ).....คน.....ครั้ง

๓. เครื่องมือที่สำคัญ

๓.๑ เครื่องเอกซเรย์.....เครื่อง

๓.๒ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์.....เครื่อง

๓.๓ เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า.....เครื่อง

๓.๔ เครื่องล้างไต..... เครื่อง

๓.๕ เครื่องสลายนิ่ว.....เครื่อง

๓.๖ เครื่องอัลตราซาวนด์.....เครื่อง

๓.๗ เครื่องเลเซอร์.....เครื่อง

๓.๘ อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้น

☐ มี ☐ ไม่มี ๓.๘.๑ ถุงบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ

☐ มี ☐ ไม่มี ๓.๘.๒ ยา เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์อื่นที่สามารถให้การรักษาพยาบาล และช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน **<u>ตามลักษณะของสถานพยาบาล</u>**

๑) คลินิกเวชกรรม/คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง (ระบุ).....

.....

.....

๒) คลินิกทันตกรรม/คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง (ระบุ).....

.....

.....

๓.๙ เครื่องมือชนิดอื่นๆ (ระบุ).....

.....

.....

๔. วิธีป้องกันการติดเชื้อในคลินิก

๔.๑ แช่น้ำยา (ระบุชนิดน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้)

ระยะเวลาในการแช่น้ำยา

๔.๒ ใช้ความร้อนในการทำความสะอาดเครื่องมือให้ปราศจากเชื้อ

☐ Autoclave (เครื่องอบนึ่งภายใต้ความดัน) ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ .....

☐ Hot air oven ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ .....

☐ อบด้วยก๊าซ ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ. .....

☐ อื่นๆ(ระบุ) .....

๔.๓ อื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับความร้อน

☐ Ultrasonic Cleaner ระยะเวลาในการทำความสะอาด .....

☐ อื่นๆ(ระบุ).....

๔.๔ การให้ความรู้แก่พนักงาน/เจ้าหน้าที่ในคลินิกเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการทำความสะอาดเครื่องมือ .....ครั้ง/ปี ให้ความรู้ครั้งล่าสุด (วัน/เดือน/ปี)

๔.๕ มีเอกสารแสดงขั้นตอนในการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการทำลายเชื้อที่ผู้ปฏิบัติงานสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน

☐ มี ☐ ไม่มี

๔.๖ วิธีการจัดการขยะติดเชื้อ

☐ มี ☐ ไม่มี ๔.๖.๑ มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป (มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”)

☐ มี ☐ ไม่มี ๔.๖.๒ วิธีกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (ระบุ).....

.....

.....

☐ มี ☐ ไม่มี ๔.๖.๓ วิธีจัดการของมีคม(ระบุ).....

.....

.....

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

วัน/เดือน/ปีที่รายงาน

แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
ในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเอง ประจำปี 2564

คำชี้แจง

- ด้วยกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ดำเนินการประเมินมาตรฐานคลินิกทุกประเภททั่วประเทศด้วยการให้แต่ละคลินิกทำการประเมินตนเองโดยบันทึกลงในแบบประเมินด้านล่างนี้
- ในส่วนที่ 1 เป็นส่วนของข้อมูลทั่วไป ขอให้บันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง
- ในส่วนที่ 2 เป็นส่วนของการประเมินมาตรฐานคลินิกโดยคลินิก **ขอให้ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลเป็นผู้ประเมินตามสภาพความเป็นจริง**
- กรุณาส่งแบบประเมินกลับ**ไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ จังหวัดที่ตั้งคลินิก** ส่วน **คลินิกในเขตกรุงเทพฯ ส่งไปที่กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี 11000**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อคลินิกตามใบอนุญาต .....
2. ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลเลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3. วัน เวลา เปิดทำการ.....
   .....
   ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน..... หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
   อำเภอ/เขต .....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
4. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ตามที่ระบุในใบอนุญาต ชื่อ.....
5. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ตามที่ระบุในใบอนุญาต ชื่อ.....
6. จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ.....คน โปรดระบุชื่อ และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/โรคศิลปะ
   ชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....
   ชื่อ.....เลขที่ใบอนุญาต.....
   (หากมีจำนวนมากกว่านี้ ให้ระบุเพิ่มเติมแนบท้ายแบบประเมินนี้)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการประเมินตนเองตามสภาพความเป็นจริง โดยใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
1. มีป้ายชื่อสถานพยาบาลและเลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการในป้ายตรงกับที่ระบุในใบอนุญาต มีลักษณะดังต่อไปนี้ 1.1 ป้ายมีความกว้าง × ยาว ไม่น้อยกว่า 40 ซม.× 120 ซม. ตัวอักษรเป็นภาษาไทย ชื่อสถานพยาบาลมีตัวอักษรความสูงไม่น้อยกว่า 10 ซ ม. ตัวอักษรแสดงประเภท ลักษณะ และเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล สูงไม่น้อยกว่า 5 ซม. ถ้าป้ายชื่อมีภาษาต่างประเทศ ตัวอักษรต้องมีขนาดเล็กกว่าภาษาไทย	☐ มี ☐ ไม่มี	(แสดงเหตุผลหรือข้อเสนอแนะ)

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
1.2 สีพื้นป้ายเป็นสีขาว และสีตัวอักษร ถูกต้องตามลักษณะคลินิก ดังนี้ คลินิกเวชกรรม/คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง สีเขียว คลินิกทันตกรรม / คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง สีม่วง คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สีฟ้า คลินิกกายภาพบำบัด สีชมพู คลินิกเทคนิคการแพทย์ สีแดงเลือดหมู คลินิกการแพทย์แผนไทย สีน้ำเงิน คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สีทอง สหคลินิก สีเขียวเข้ม 1.3 ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจนจากภายนอก	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มี	
2. สถานที่ตั้งคลินิกตรงกับบ้านเลขที่ ที่ระบุในใบอนุญาต	☐ มี ☐ ไม่มี	
3. มีการแสดงใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลไว้ด้านหน้าคลินิก โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	☐ มี ☐ ไม่มี	
4. ชำระค่าธรรมเนียมปีนี้แล้ว และ ติด ส.พ.12 (แบบแสดงการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี) ไว้ด้านหน้าคลินิกสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	☐ มี ☐ ไม่มี	
5. ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลต่ออายุทุก2 ปี(กรณีใหม่ไม่ถึง2ปีใส่√ช่อง☐มี)	☐ มี ☐ ไม่มี	
6. แสดงหรือติดป้ายวัน เวลา ที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจน ตรงตาม ใบอนุญาต	☐ มี ☐ ไม่มี	
7. แสดงหรือติดป้าย คำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ด้านหน้าคลินิกในที่เปิดเผย สามารถมองเห็นได้ชัดเจน	☐ มี ☐ ไม่มี	
8. แสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ (ข้อความหรือสัญลักษณ์)	☐ มี ☐ ไม่มี	
9. แสดงอัตราค่ารักษาพยาบาล เช่นค่ายา.....ค่าทำแผล....ค่าอุดฟัน....ค่าตรวจ เลือด..... ฯลฯ ไว้ในที่เปิดเผย (เป็น ป้าย หรือแฟ้มหรือคอมพิวเตอร์ฯลฯ)	☐ มี ☐ ไม่มี	
10. มีป้ายแจ้งว่า **สอบถามอัตราค่ารักษาพยาบาลได้ที่.....(แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ หรือได้ที่นี่)** มองเห็นชัดเจน ด้วยตัวอักษรข้อความสูง 10 เซนติเมตร สีไม่บังคับ	☐ มี ☐ ไม่มี	
11. มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สำหรับบันทึกประวัติคลินิก ที่ผู้อนุญาตเป็นผู้ออกให้เป็นเล่มสีเขียว)	☐ มี ☐ ไม่มี	
12. สถานที่ตั้งมีความมั่นคง ปลอดภัยไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย (พื้น ผนัง เพดาน ประตูหรือโครงสร้างอื่นๆ)	☐ มี ☐ ไม่มี	
13. พื้นที่สถานพยาบาลไม่ปะปนกับร้านขายยาหรือกิจการอื่น	☐ มี ☐ ไม่มี	
14. กรณีที่มีการให้บริการของสถานพยาบาลหลายลักษณะหรือหลายสาขารวมอยู่ในอาคารเดียวกัน (สหคลินิก) จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้นๆ	☐ มี ☐ ไม่มี	
15. บริเวณทั้งภายนอก ภายใน และการดูแลอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ มีความสะอาด เรียบร้อย	☐ มี ☐ ไม่มี	
16. มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานติดตั้งโดยส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นไม่เกิน 1.50 เมตรสามารถอ่านคำแนะนำการใช้ได้	☐ มี ☐ ไม่มี	

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
17. มีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นอับทึบ กรณีติดเครื่องปรับอากาศ ต้องมีพัดลมดูดอากาศสู่ภายนอกอาคาร ทั้งนี้ ถ้าความสูงของฝ้าเพดานน้อยกว่า 2.60 เมตร ผู้ขอรับอนุญาตฯ ต้องแสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่าระบบระบายอากาศทำงานได้มีประสิทธิภาพ	☐ มี ☐ ไม่มี	
18. มีห้องตรวจ และห้องให้การรักษา เป็นสัดส่วนมิดชิด	☐ มี ☐ ไม่มี	
19. ยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ	☐ มี ☐ ไม่มี	
20. ซองยา ขวดยา หรือ ภาชนะบรรจุยาอื่นๆ ให้ระบุชื่อคลินิก ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ อย่างชัดเจน	☐ มี ☐ ไม่มี	
21. มีวัตถุออกฤทธิ์หรือไม่ - กรณีที่มีวัตถุออกฤทธิ์ มีสถานที่หรือตู้เก็บที่มั่นคงและปลอดภัย มีกุญแจปิดและเปิดอย่างมีประสิทธิภาพ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มี	
22. มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ที่อุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นนั้นต้องไม่มีอาหาร หรือเครื่องดื่มปะปน และมีการควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น โดยมีเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิอย่างน้อย 1 จุด	☐ มี ☐ ไม่มี	
23. มีป้ายแสดงรูปถ่าย สาขาวิชาชีพ และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ(ป้ายชื่อใบสีน้ำเงิน)ที่กำลังปฏิบัติงานในขณะนั้น ในบริเวณที่เห็นได้ชัดเจนหน้าห้องตรวจนั้นๆ	☐ มี ☐ ไม่มี	
24. มีบัตรประจำตัวผู้ป่วย(OPD Card) และมีการบันทึกเกี่ยวกับการให้บริการดังนี้ ก) ชื่อสถานพยาบาล ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค)วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้มารับบริการ ประวัติอาการป่วย การแพ้ยา ผลตรวจทางร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ) การวินิจฉัยโรค ฉ) การรักษา ช) ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพผู้ให้การรักษาพยาบาล	☐ มี ☐ ไม่มี	
25. มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการประจำวัน เก็บไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้ ก) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) การวินิจฉัยโรค	☐ มี ☐ ไม่มี	
26. มีการส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล(สพ.23) รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 ตค. ของปีที่ผ่านมาถึง 30 กย. ในปีนั้น ๆ ส่งพร้อมชำระค่าธรรมเนียมประจำปีถัดไป	☐ มี ☐ ไม่มี	ล่าสุดส่งประจำปี.....

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
27. มีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ 27.1 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมตรวจสอบ การทำความสะอาด และทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อในห้องบำบัดรักษา หรือในบริเวณที่มีงานหัตถการ 27.2 กรณีมีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ โปรดระบุวิธีทำ 27.2.1 แช่น้ำยา 27.2.2 อบนึ่งใน Autoclave(เครื่องอบนึ่งภายใต้ความดัน) 27.2.3 อื่นๆ ระบุ.....	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มี	
28. มีห้องตรวจภายใน หรือไม่ 28.1 ในกรณีมีห้องตรวจภายใน จะต้องมี - ห้องเป็นสัดส่วนมิดชิด - มีเตียงสำหรับตรวจภายใน และไฟส่องตรวจ - มีอุปกรณ์ตรวจภายใน ทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม - มีผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัว ป้องกัน Expose	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มี	
29. มีเครื่องเอกซเรย์ หรือไม่ 29.1 กรณีมีเครื่องเอกซเรย์ จะต้องเป็นไปตามมาตรฐานและได้รับอนุญาตจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มี	
30. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ (ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”) แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม มูลฝอยที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ	☐ มี ☐ ไม่มี	
31 .มีการโฆษณาสถานพยาบาลหรือไม่ 31.1 กรณีมีการโฆษณา มีข้อความเป็นไปตามกฎหมาย	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มี	

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้อมูลในแบบประเมินนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาต / ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทร.๐๒ ๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๗ , ๑๘๑๐๑

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเวชกรรม

☐ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

☐ มีการให้บริการด้านความงาม

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ตามที่ (ระบุชื่อเต็ม / ของบุคคล / นิติบุคคล).....
.....ได้ยื่นคำขอประกอบกิจการสถานพยาบาล
และ.....ได้ยื่นคำขอดำเนินการสถานพยาบาล
ไว้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สถานพยาบาลชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
วัน/เวลา ที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (ระบุรายละเอียดวัน/เวลา ทำการ).....
.....

พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตรวจตามที่ขออนุญาตเมื่อวันที่...../...../.....ปรากฏผลการตรวจดังนี้คือ

๑. ผู้ดำเนินการที่ยื่นคำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

☐ ๑.๑ หนังสือรับรองตนเองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่สามารถดูแลสถานพยาบาลได้อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มีเวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

☐ ๑.๒ กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา /อบรม เพิ่มเติม ต้องมี หนังสือ รับรองเรื่องระยะเวลาการศึกษา /อบรมจากสถาบันนั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

☐ ๒.๑ มีสำเนา เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิก จากผู้มีกรรมสิทธิ์ /ผู้ครอบครองพื้นที่ดังกล่าว เช่น สำเนา โฉนดที่ดิน หรือสำเนาสัญญาเช่า เป็นต้น

๓. ลักษณะที่ตั้ง

☐ อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ ☐ อาคารอยู่อาศัย ☐ ห้องแถว
☐ ตึกแถว ☐ บ้านแถว ☐ บ้านแฝด
☐ ศูนย์การค้า ☐ อาคารพาณิชย์.....ชั้น ตั้งอยู่ชั้นที่.....
☐ คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย ☐ คอนโดมิเนียมสำนักงาน
☐ อื่น ๆ .....

๔. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

ชั้น ๑ .....
.....
.....

ชั้น ๒ .....

.....

.....

ชั้น ๓ .....

.....

.....

ชั้น ๔ .....

.....

.....

ชั้น ๕ .....

.....

.....

๕. เครื่องมือพิเศษ พร้อมแนบสำเนาใบอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๕.๑.....

๕.๒.....

๕.๓.....

๕.๔.....

๕.๕.....

๖. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๒ การตรวจลักษณะสถานพยาบาล

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน □ ใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อถูกต้อง และเครื่องหมาย ✘ เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในกรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้นๆ ให้ทำเครื่องหมาย **– ใน ช่อง** □

๑. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล

□ ๑.๑ ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

□ ๑.๒ อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย

□ ๑.๓ บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย

□ ๑.๓.๑ มีพื้นที่ที่ให้บริการโดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดของอาคารหรือห้องต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้

□ ๑.๓.๒ มีส่วนพักที่คอยตรวจที่เหมาะสมที่มีพนักพิงอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง

□ ๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร

☐ ๑.๕ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษา ต้ องเป็นสัดส่วนและมิดชิด และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

☐ ๑.๕.๑ ภายในห้องตรวจโรคจะต้องมีเตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือ

☐ ๑.๕.๒ ห้องให้การรักษาและการทำหัตถการตามประเภทการให้บริการ ต้องเป็นสัดส่วนและมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

☐ ๑.๕.๓ ไม่ติดตั้งกล้องวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ หรือการประกอบโรคศิลปะ

☐ ๑.๖ **ในกรณีที่มีห้องผ่าตัดเล็ก**

☐ ๑.๖.๑ ขนาดพื้นที่**ห้องผ่าตัดเล็ก** ต้องมีขนาดไม่น้อยกว่า ๑๒ ตารางเมตร โดยส่วนที่แคบสุดไม่น้อยกว่า ๓ เมตร

☐ ๑.๖.๒ ความสูงของห้องผ่าตัดเล็กไม่น้อยกว่า ๒.๖ เมตร ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร แต่ในกรณีที่ความสูงไม่ถึง ๒.๖ เมตร มีการตกแต่งทำฝ้าให้ต่ำลงมา ต้องมีความสูงที่วัดจากพื้นห้องถึงฝ้าต้องไม่ต่ำกว่า๒.๔๕ เมตร และมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม

☐ ๑.๗ **ในกรณีที่มีห้องผ่าตัดใหญ่**

☐ ๑.๗.๑ ขนาดพื้นที่ห้องผ่าตัดใหญ่ ต้องมีขนาดไม่น้อยกว่า ๒๐ ตารางเมตร และความสูงไม่ต่ำกว่า ๓ เมตร โดยให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานห้องผ่าตัดของโรงพยาบาล

☐ ๑.๗.๒ พื้นที่ใช้สอย (แผนกผ่าตัด) ประกอบด้วย

ส่วนใช้สอย(แผนกผ่าตัด)	พื้นที่ (ตร.ม.) ตร.ม./ห้อง ตร.ม./เตียง	ส่วนที่แคบที่สุด (เมตร)	ความสูงพื้นถึงฝ้า (เมตร)	หมายเหตุ
Staff Area				
☐ ๑. ห้องเก็บเสื้อผ้าและของใช้ส่วนตัว	๖	๒.๕	๒.๕	๑ และ ๒ อาจใช้พื้นที่
☐ ๒. ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า	๖	๒	๒.๕	ร่วมกันได้
บริเวณรับคนไข้				
☐ ๓. Transfer Area	๙	๒.๕	๓	
Procedure Area				
☐ ๔. บริเวณฟอกมือเจ้าหน้าที่ (อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ)				ต้องไม่อยู่ในห้องผ่าตัด
☐ ๕. Operation Rooms	๒๐	๔	๓	
ส่วนประกอบอื่นๆ				
☐ ๖. Recovery Rooms				๑.๕ เตียงต่อ ๑ ห้องผ่าตัด

(**หมายเหตุ** เตียงพักฟื้น ๑.๕ เตียงต่อ ๑ ห้องผ่าตัด : มีห้องผ่าตัด ๑ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น จำนวน ๒ เตียง ถ้ามีห้องผ่าตัด ๒ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น จำนวน ๓ เตียง เป็นต้น)

☐ ๑.๘ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้องกรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้โดยหลักอนุโลม

☐ ๑.๙ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่ นอับทึบ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ควรมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม เป็นต้น

☐ ๑.๑๐ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม โดยต้อง มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ แยก ต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม

☐ ๑.๑๐.๑ ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิดวางคู่กันทุกห้อง

☐ ๑.๑๐.๒ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ ถุงขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ภาชนะบรรจุขยะทั่วไป ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีดำ เขียนข้อความ“ขยะทั่วไป”

☐ ๑.๑๐.๓ แสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ เช่น มีสัญญา หรือหนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทหรือหน่วยงานอื่นที่มีระบบกำจัดขยะติดเชื้อ หรือแสดงการกำจัดขยะติดเชื้อโดยการเผาและฝังกลบอย่างเหมาะสม

☐ ๑.๑๑ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก(ตามกฎกระทรวงกำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ และตามแบบ สพ.๒๓)

☐ ๑.๑๒ มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นสามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น

☐ ๑.๑๓ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล

☐ ๑.๑๔ กรณีมีการให้บริการเอกซเรย์ การให้บริการจะต้องได้มาตรฐาน และมีห้องเอกซเรย์แยกเป็นสัดส่วน รวมทั้งมีเอกสารที่ยื่นเพื่อรับการตรวจมาตรฐานเครื่องเอกซเรย์ และห้องเอกซเรย์ จากหน่วยงานได้รับมอบหมาย (ในกรณีที่ยังไม่ได้รับหนังสือรับรองจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ **ห้ามใช้เครื่องเอกซเรย์** จนกว่าจะได้หนังสือรับรองดังกล่าว)

☐ ๑.๑๔.๑ อุปกรณ์ที่ต้องจัดให้มีในห้องเอกซเรย์ ได้แก่ เสื้อตะกั่ว

๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

☐ ๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น

☐ ๒.๒ ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชี พหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนดแล้วแต่กรณี

☐ ๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น

☐ ๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริ หารส่วนตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน

☐ ๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้ งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

☐ ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ ในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

☐ ๓.๑ มีป้ายชื่อคลินิกเวชกรรม ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้ายโดยมีลักษณะดังนี้คือ

☐ ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร

☐ ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า“คลินิกเวชกรรม”นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อคลินิก

☐ ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีเขียว

☐ ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็นตัวเลขอารบิคสีเขียว

☐ ๓.๒ ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม

☐ ๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญดังต่อไปนี้

☐ ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกเวชกรรม”

☐ ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้อง**เล็กกว่า**อักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย

☐ ๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช้คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกเวชกรรม

☐ ๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

☐ ๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีที่ผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือ หมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก

☐ ๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

☐ ๓.๕ การแสดง เอกสาร ใบอนุญาต เอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) และรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

☐ ๓.๕.๑ กรณีที่คลินิกตั้งใหม่ที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาต ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ ติดในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน (ถ้าเลือกตอบข้อนี้ให้ข้ามข้อ ๓.๕.๒)

☐ ๓.๕.๒ กรณีที่คลินิกรายเก่าที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว ต้องติดเอกสารดังต่อไปนี้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน

☐ (๑) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๗)

☐ (๒) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๙)

☐ (๓) แสดงเอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) ไว้บริเวณด้านหน้าสถานพยาบาล

☐ (๔) แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่มีหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ. ๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ดังต่อไปนี้

☐ (ก) ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพ พร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ (ออกใบโดยผู้อนุญาต)

☐ (ข) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นดำ แต่งกายสุภาพ รูปถ่ายที่ถ่าย **ไม่เกิน ๑ ปี** ขนาด ๘ เซนติเมตร x ๑๓ เซนติเมตร

☐ (ค) ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพ ในสถานพยาบาล บริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ

☐ (ง) แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงิน และมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต

☐ (จ) หากมีผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของคลินิก ให้ยื่นแบบ ส.พ.๖ (หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ทุกคน

☐ ๓.๖ แสดงอัตราค่าบริการด้านเวชกรรมในที่เปิดเผยเห็นได้ง่ายด้วยตัวอักษรไทย (อาจมีภาษาต่างประเทศร่วมด้วยได้) และต้อง ครอบคลุมที่ให้บริการ โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ ดังต่อไปนี้

☐ ๓.๖.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตรารักษาพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มี ผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้มิได้และต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้

☐ ๓.๖.๒ แสดงในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิกที่ได้รับอนุญาต

☐ ๓.๖.๓ จัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์แสดงให้ผู้ป่วยทราบ

☐ ๓.๗ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด

☐ ๓.๘ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทย แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ

๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

☐ ๔.๑ เวชระเบียน

☐ ๔.๑.๑ มีที่เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และค้นหาได้ง่าย

☐ ๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตามกฎกระทรวง

☐ (๑) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย

☐ (๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย

☐ (๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ ๔.๑.๓ มีเวชระเบียน หรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด

☐ (๑) มีชื่อสถานพยาบาล และสถานที่ติดต่อ พร้อมเบอร์โทรศัพท์

☐ (๒) เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย

☐ (๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ (๔) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้ป่วย

☐ (๕) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจพิเศษ ที่ผ่านการปฏิบัติการชันสูตรของผู้ป่วย (กรณีคลินิกรายเก่า)

☐ (๖) การวินิจฉัยโรค (กรณีคลินิกรายเก่า)

☐ (๗) การรักษา (กรณีคลินิกรายเก่า)

☐ (๘) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การรักษาพยาบาล (กรณีคลินิกรายเก่า)

๔.๒ เครื่องใช้ทั่วไป ในห้องตรวจโรค

☐ ๔.๒.๑ โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้

☐ ๔.๒.๒ เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ (พื้นแข็งสามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้ตามหลักวิชาชีพ และไม่ใช่เตียงที่มีการยกระดับขึ้นลง เช่นเตียงที่ให้บริการความงาม หรือเสริมสวย)

☐ ๔.๒.๓ มีบันไดขึ้นเตียง (Step)

☐ ๔.๒.๔ ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว

☐ ๔.๒.๗ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือ

๔.๓ เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ ในการตรวจและวินิจฉัยโรค จะต้องมี

☐ ๔.๓.๑ หูฟัง (Stethoscope)

☐ ๔.๓.๒ เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer)

☐ ๔.๓.๓ ปรอทวัดอุณหภูมิร่างกายหรืออุปกรณ์วัดอุณหภูมิ

☐ ๔.๓.๔ ไฟฉาย ไม้กดลิ้น

☐ ๔.๔ เครื่องชั่งน้ำหนัก และอุปกรณ์วัดส่วนสูง อยู่ในห้องตรวจหรือบริเวณที่พักคอย

☐ ๔.๕ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน

☐ ๔.๖ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็น ที่ต้องจัดให้มีในคลินิกเวชกรรม ยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ **อย่างน้อย ๕ กลุ่มยาจาก ๑๓ กลุ่มยา** ดังต่อไปนี้

☐ ๔.๖.๑. **กลุ่มยารักษาโรคติดเชื้อ ยาปฏิชีวนะ** ไม่น้อยกว่า ๓ ประเภท ได้แก่

☐ (๑) กลุ่มยา Penicillin

☐ (๒) กลุ่มยา Sulfa

☐ (๓) กลุ่มยา Quinolone หรือ Macrolide

☐ (๔) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๖.๒ **กลุ่มยารักษาโรคทางเดินอาหาร** ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่

☐ (๑) กลุ่มยาโรคกระเพาะอาหาร

☐ (๒) กลุ่มยาโรคท้องเสีย

☐ (๓) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๖.๓. **กลุ่มยารักษาโรคทางเดินปัสสาวะ** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่

☐ (๑) กลุ่มยาโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ

☐ (๒) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๖.๔ **กลุ่มยารักษาโรคทางเดินหายใจ** ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่

☐ (๑) กลุ่มยาโรคหวัดที่มีอาการไอ

☐ (๒) กลุ่มยาโรคหอบหืด

☐ (๓) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๖.๕ **กลุ่มยารักษาโรคระบบสมองและระบบประสาท** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่

☐ (๑) กลุ่มยาโรคชัก

☐ (๒) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๖.๖ **กลุ่มยารักษาโรคระบบไหลเวียนโลหิต** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่

☐ (๑) กลุ่มยาโรคความดันโลหิตสูง

☐ (๒) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๖.๗ **กลุ่มยารักษาโรคระบบผิวหนัง** ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่

☐ (๑) กลุ่มยาโรคผื่นคันที่ผิวหนัง

☐ (๒) กลุ่มยาโรคผิวหนังอักเสบติดเชื้อ

☐ (๓) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๖.๘ **กลุ่มยารักษาโรคระบบต่อมไร้ท่อ** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่

☐ (๑) กลุ่มยาโรคเบาหวาน

☐ (๒) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๖.๙ **กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มคลายกล้ามเนื้อ** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่

☐ (๑) กลุ่มยาโรคปวดหลัง

☐ (๒) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๖.๑๐ **กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มแก้ปวด ลดไข้** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่

☐ (๑) กลุ่มยาลดไข้ บรรเทาปวด

☐ (๒) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๖.๑๑ **กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มยาแก้แพ้** ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่

☐ (๑) กลุ่มยา Antihistamine

☐ (๒) กลุ่มยา Steroid

☐ (๓) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๖.๑๒ **กลุ่มยาอื่นๆ** ได้แก่

☐ (๑) กลุ่มยาฉีดป้องกันบาดทะยัก

☐ (๒) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๖.๑๓ **กลุ่มเวชภัณฑ์อื่นๆ** ได้แก่

☐ (๑) อุปกรณ์ทำแผล

☐ (๒) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๗ ในกรณีที่มียาเสพติดให้โทษให้มีสถานที่หรือตู้เก็บยา เสพติดให้โทษที่มั่นคงและปลอดภัยมีกุญแจปิด และเปิดอย่างประสิทธิภาพ

☐ ๔.๘ มีอุปกรณ์นับเม็ดยา อย่างน้อยสองชุด (สำหรับยาทั่วไปและยาปฏิชีวนะ)

☐ ๔.๙ ซองยา หรือภาชนะบรรจุยา ต้องมีชื่อคลินิก ที่อยู่ (ตามที่ได้รับอนุญาต) เบอร์โทรศัพท์ ชื่อ - สกุลผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ และ วัน เดือน ปี ที่ยาหมดอายุ

☐ ๔.๑๐ มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ เช่น เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิตู้เย็น

☐ ๔.๑๑ แนวทางการช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้นที่ต้องจัดให้มีสำหรับคลินิกเวชกรรม

☐ ๔.๑๑.๑ รายการยาสำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินในคลินิกเวชกรรม ยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ

☐ (๑) ยาฉีด Adrenaline ๑ : ๑๐๐๐

☐ (๒) ยาฉีด Steroid injection เช่น Dexamethazone Injection หรือ Hydrocortizone

☐ (๓) ยาฉีด Chlorphenilamine injection

☐ (๔) ๕๐% Glucose injection

☐ (๕) ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ

☐ (๖) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๑๑.๒ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินที่ต้องจัดให้มีในคลินิกเวชกรรม

อุปกรณ์และเวชภัณฑ์	**จำนวน**
☐ (๑) ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ	๑ ชุด
☐ (๒) NSS ๑,๐๐๐ cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set IV fluid)	๒ ชุด
☐ (๓) Medicut หรือเข็มแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้น้ำเกลือ	๒ ชุด
☐ (๔) Disposable Syringe	๕ หลอด
☐ (๕) เข็ม Disposable	๕ อัน
☐ (๖) เสาแขวนน้ำเกลือ (Stand) ที่เคลื่อนย้ายได้	๑ อัน
☐ (๗) Oral Airway	๑ อัน
☐ (๘) Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง	๑ ถัง
☐ (๙) อื่นๆ	
☐ (๑๐) ในกรณีคลินิกเวชกรรมที่มีห้องผ่าตัดใหญ่จะต้องมีเครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrilator)	๑ เครื่อง

☐ ๔.๑๑.๓ มีแผนและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

☐ (๑) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการช่วยฟื้นคืนชีพ ติดไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน

☐ (๒) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐานและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย

☐ ๔.๑๒ **ในกรณีที่มีห้องบำบัดรักษา** (ห้อง Treatment) ต้องจัดให้มี

☐ ๔.๑๐.๑ เตียงสำหรับให้การรักษา

☐ ๔.๑๐.๒ ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ สำหรับทำแผล ฉีดยา ปริมาณพอเพียง

☐ ๔.๑๐.๓ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ มีการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสม

☐ ๔.๑๐.๔ มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ(ใช้ถุงสีแดงเขียนข้อความ“ขยะติดเชื้อ”) แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป

☐ ๔.๑๓ **ในกรณีที่มีห้องตรวจภายใน** (ห้อง PV) ต้องจัดให้มี

☐ ๔.๑๓.๑ ลักษณะห้องที่เป็นสัดส่วนมิดชิด

☐ ๔.๑๓.๒ เตียงสำหรับตรวจภายใน

☐ ๔.๑๓.๓ ไฟส่องตรวจ

☐ ๔.๑๓.๔ อุปกรณ์การตรวจภายในมีการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม

☐ ๔.๑๓.๕ ผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัวท่อนล่างป้องกันการเปิดเผยของผู้ป่วย

☐ ๔.๑๔ **ในกรณีที่มีห้องผ่าตัดเล็ก** ห้องผ่าตัดเล็ก หมายถึง ห้องผ่าตัดที่มีการทำหัตถการโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) รวมทั้งยารับประทานที่ทำให้ผู้ป่วยเคลิ้มหลับ ได้แก่ ยากล่อมประสาท หรือยาคลายเครียด (Tranquilizer Drug) ทั้งนี้ไม่รวมถึงยา Dormicum ชนิดรับประทาน ซึ่งเป็นยาที่ทำให้ผู้ป่วยหลับ นอกจากนี้ไม่รวมถึงการฉีดยาชาเข้าเส้นเลือดดำที่ทำให้ผู้ป่วยเคลิ้มหลับ

☐ ๔.๑๔.๑ ระบุวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และยาที่ใช้ .....
.....
.....

☐ ๔.๑๔.๒ หัตถการหรือการทำผ่าตัด (ระบุ).....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

☐ ๔.๑๔.๓ อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ยาและเวชภัณฑ์

☐ (๑) หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave)

☐ (๒) ตู้เก็บอุปกรณ์ /เครื่องมือที่ ปราศจากเชื้อ (ให้แสดงรายละเอียดของ อุปกรณ์ / เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ เช่น ระบุวัน เดือน ปีที่นึ่ง/หรือเปลี่ยนน้ำยา/หรือวันผลิต/หรือวันหมดอายุ

☐ (๓) ถังออกซิเจน

☐ (๔) ถุงบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag)

☐ (๕) ชุดเครื่องมือผ่าตัดทั่วไป

☐ (๖) ยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน**ต้องจัดให้มี**ในห้องผ่าตัด

☐ (๗) เตียงและโคมไฟผ่าตัด (แบบตั้ง หรือติดเตียง หรือติดผนัง)

☐ (๘) จัดให้มีบริเวณ ดังต่อไปนี้

☐ (ก) อ่างฟอกมือที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สำหรับแพทย์ผู้ทำผ่าตัด และสำหรับผู้ป่วยเพื่อล้างทำความสะอาดส่วนที่ต้องการทำผ่าตัด

☐ (ข) บริเวณล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว

☐ (ค) บริเวณที่ทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัด ด้วยหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave) พร้อมทั้งให้จัดทำคู่มือ หรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาด และทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ

☐ ๔.๑๕ **ในกรณีที่มีห้องผ่าตัดใหญ่** (ชนิดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัดใหญ่มี ๓ ประเภท คือ ๑) การผ่าตัดที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ ซึ่งใช้ปริมาณยาชาเฉพาะที่เป็นจำนวนมาก หรือการทำผ่าตัดหลายอวัยวะพร้อมๆ กันในการทำผ่าตัดครั้งเดียว ซึ่งจะมีความเสี่ยงต่อการใช้ยาชาเฉพาะที่ในปริมาณสูง ๒) การผ่าตัดที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ร่วมกับยารับประทานที่ทำให้หลับ หรือยาฉีดเข้าเส้นเลือดดำที่ทำให้หลับ หรือมีการดมยาสลบร่วมด้วย ๓) การผ่าตัดที่มีการดมยาสลบให้ผู้ป่วยหลับ

☐ ๔.๑๕.๑ ระบุวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และยาที่ใช้ .....
.....
.....

☐ ๔.๑๕.๒ หัตถการหรือการทำผ่าตัด (ระบุ).....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

☐ ๔.๑๕.๓ อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ยาและเวชภัณฑ์

☐ (๑) เตียงและโคมไฟผ่าตัดแบบมาตรฐานใช้ในการผ่าตัดประจำทุกห้องที่ใช้งานผ่าตัด

☐ (๒) เครื่องดมยาสลบที่ได้ มาตรฐานทางการแพทย์ และระบบแก๊สทางการแพทย์ซึ่งมีสัญญาณเตือนอันตรายทุกห้องที่ขออนุญาตใช้งาน

☐ (๓) ถังออกซิเจน หรือ ออกซิเจนที่ส่งผ่านมาทางท่อส่งก๊าซ (Pipe line)

☐ (๔) เครื่องดูดเสมหะ

☐ (๕) ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทุกห้อง

☐ (๖) เครื่องมือผ่าตัดที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์และเพียงพอสำหรับการผ่าตัดตามสาขาโรค

☐ (๗) เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrilator)

☐ (๘) ถุงบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag)

☐ (๙) Patient monitor ซึ่งสามารถ monitor ในเรื่อง คลื่นไฟฟ้าหัวใจ(EKG) ความดันโลหิต (Blood Pressure) ชีพจร (Pulse) และการวัดความอิ่มตัวออกซิเจนของฮีโมโกลบินจากชีพจร (Oxygen Saturation)

☐ (๑๐) ชุดใส่ท่อหายใจ (ชุด Laryngoscope)

☐ (๑๑) หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave)

☐ (๑๒) ตู้เก็บอุปกรณ์ /เครื่องมือที่ ปราศจากเชื้อ (ให้แสดงรายละเอียดของ อุปกรณ์ / เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ เช่น ระบุวัน เดือน ปีที่นึ่ง/หรือเปลี่ยนน้ำยา/หรือวันผลิต/หรือวันหมดอายุ)

☐ (๑๓) ตู้เสื้อผ้าและบริเวณสำหรับเจ้าหน้าที่เปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้า

☐ (๑๔) ระบบไฟฟ้าสำรองหรือระบบทำแสงสว่างสำรอง

☐ ๔.๑๕.๔ ห้องพักฟื้น (สัดส่วนของห้องผ่าตัด ๑ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น ๑.๕ เตียง)

หมายเหตุ เตียงพักฟื้น ๑.๕ เตียงต่อ ๑ ห้องผ่าตัด : มีห้องผ่าตัด ๑ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น จำนวน ๒ เตียง ถ้ามีห้องผ่าตัด ๒ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น จำนวน ๓ เตียง เป็นต้น และภายในห้องพักฟื้นต้องจัดให้มี

☐ (๑) เครื่อง monitor ผู้ป่วยไว้ในห้องพักฟื้น

☐ (๒) ถังออกซิเจน พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง

☐ ๔.๑๕.๕ จัดให้มีบริเวณ ดังต่อไปนี้

☐ (๑) อ่างฟอกมือที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สำหรับแพทย์ผู้ทำผ่าตัดและ สำหรับผู้ป่วยเพื่อล้างทำความสะอาดส่วนที่ต้องการทำผ่าตัด

☐ (๒) บริเวณล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว

☐ (๓) บริเวณที่ทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัด ด้วยหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave) พร้อมทั้งให้จัดทำคู่มือ หรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ

☐ ๔.๑๕.๖ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยขณะทำการผ่าตัด

☐ (๑) มีวิสัญญีแพทย์เป็นผู้ปฏิบัติงาน โดยการดมยาสลบในห้องผ่าตัดใหญ่

(ระบุชื่อ).....

(ระบุชื่อ).....

☐ (๒) มีวิสัญญีแพทย์ หรือแพทย์ผู้ผ่านการอบรมจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ โดยการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำเพื่อทำให้ผู้ป่วยหลับในห้องผ่าตัดใหญ่

(ระบุชื่อ).....

(ระบุชื่อ).....

(ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบจากการแจ้งยื่นรายชื่อวิสัญญีแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิก เป็นผู้ประกอบวิชาชีพร่วม (แบบ สพ.๖) โดยระบุวัน เวลาที่ปฏิบัติงานให้ชัดเจน

ส่วนที่ ๓ ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิก

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

☐ อนุญาตมีเงื่อนไขโดยให้ปรับปรุง (โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสมของสภาพปัญหา แต่ทั้งนี้ไม่ควรเกิน ๓๐ วัน หรือตามความเห็นของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาล)

คณะอนุกรรมการสถานพยาบาล หมายถึง คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด (ในส่วนภูมิภาค) หรือ คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ในเขตกรุงเทพมหานคร)

จากการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทคลินิก พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นต้องแก้ไข ปรับปรุงก่อนการประชุมของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุญาต ได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
( ) ( )

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
( ) ( )

ข้าพเจ้าผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล /ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ได้รับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิกแล้ว และขอรับรองว่า พนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล เสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด และได้รับคำแนะนำ ในเรื่องการประกอบกิจการสถานพยาบาลต้องกระทำภายหลังได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลเท่านั้น

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือ
( ) ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล
( )

วัน.....เดือน.....ปี.....

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม

วุฒิบัตร/อนุมัติบัตร ที่ได้รับจากแพทยสภา.....

☐ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ตามที่ (ระบุชื่อเต็ม / ของบุคคล / นิติบุคคล).....
.....ได้ยื่นคำขอ ประกอบกิจการสถานพยาบาล
และ.....ได้ยื่นคำขอดำเนินการสถานพยาบาล
ไว้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สถานพยาบาลชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
วัน/เวลา ที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (ระบุรายละเอียดวัน/เวลา ทำการ).....
.....

พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตรวจตามที่ขออนุญาตเมื่อวันที่...../...../.....ปรากฏผลการตรวจดังนี้คือ

๑. ผู้ดำเนินการที่ยื่นคำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

☐ ๑.๑ หนังสือรับรองตนเองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่สามารถดูแลสถานพยาบาลได้อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มีเวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

☐ ๑.๒ กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา/อบรม เพิ่มเติม ต้องมีหนังสือรับรองเรื่องระยะเวลาการศึกษา/อบรมจากสถาบันนั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

☐ ๒.๑ มีสำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิก จากผู้มีกรรมสิทธิ์/ผู้ครอบครองพื้นที่ดังกล่าว เช่น สำเนาโฉนดที่ดิน หรือสำเนาสัญญาเช่า เป็นต้น

๓. ลักษณะที่ตั้ง

☐ อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ ☐ อาคารอยู่อาศัย ☐ ห้องแถว
☐ ตึกแถว ☐ บ้านแถว ☐ บ้านแฝด
☐ ศูนย์การค้า ☐ อาคารพาณิชย์.....ชั้น ตั้งอยู่ชั้นที่.....
☐ คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย ☐ คอนโดมิเนียมสำนักงาน
☐ อื่น ๆ .....

๔. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

ชั้น ๑ .....
.....
.....

ชั้น ๒ .....
.....
.....
ชั้น ๓ .....
.....
.....
ชั้น ๔ .....
.....
.....
ชั้น ๕ .....
.....
.....

๕. เครื่องมือพิเศษ พร้อมแนบสำเนาใบอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๕.๑.....
๕.๒.....
๕.๓.....
๕.๔.....
๕.๕.....

๖. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ ๒ การตรวจลักษณะสถานพยาบาล

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน □ ใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อถูกต้อง และเครื่องหมาย ✘ เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในกรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้นๆ ให้ทำเครื่องหมาย **– ใน ช่อง** □

๑. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล

□ ๑.๑ ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

□ ๑.๒ อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย

□ ๑.๓ บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย

□ ๑.๓.๑ มีพื้นที่ที่ให้บริการโดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดของอาคารหรือห้องต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้

□ ๑.๓.๒ มีส่วนพักที่คอยตรวจที่เหมาะสมที่มีพนักพิงอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง

□ ๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร

☐ ๑.๕ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษา ต้องเป็นสัดส่วนและมิดชิด และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

☐ ๑.๕.๑ ภายในห้องตรวจโรคจะต้องมีเตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือ

☐ ๑.๕.๒ ห้องให้การรักษาและการทำหัตถการตามประเภทการให้บริการ ต้องเป็นสัดส่วนและมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

☐ ๑.๕.๓ ไม่ติดตั้งกล้องวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ

☐ ๑.๖ **ในกรณีที่มีห้องผ่าตัดเล็ก**

☐ ๑.๖.๑ ขนาดพื้นที่**ห้องผ่าตัดเล็ก** ต้องมีขนาดไม่น้อยกว่า ๑๒ ตารางเมตร โดยส่วนที่แคบสุดไม่น้อยกว่า ๓ เมตร

☐ ๑.๖.๒ ความสูงของห้องผ่าตัดเล็กไม่น้อยกว่า ๒.๖ เมตร ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร แต่ในกรณีที่ความสูงไม่ถึง ๒.๖ เมตร มีการตกแต่งทำฝ้าให้ต่ำลงมา ต้องมีความสูงที่วัดจากพื้นห้องถึงฝ้าต้องไม่ต่ำกว่า ๒.๔๕ เมตร และมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม

☐ ๑.๗ **ในกรณีที่มีห้องผ่าตัดใหญ่**

☐ ๑.๗.๑ ขนาดพื้นที่ห้องผ่าตัดใหญ่ ต้องมีขนาดไม่น้อยกว่า ๒๐ ตารางเมตร และความสูงไม่ต่ำกว่า ๓ เมตร โดยให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานห้องผ่าตัดของโรงพยาบาล

☐ ๑.๗.๒ พื้นที่ใช้สอย (แผนกผ่าตัด) ประกอบด้วย

ส่วนใช้สอย (แผนกผ่าตัด)	พื้นที่ (ตร.ม.) ตร.ม./ห้อง ตร.ม./เตียง	ส่วนที่แคบที่สุด (เมตร)	ความสูงพื้นถึงฝ้า (เมตร)	หมายเหตุ
Staff Area				
☐ ๑. ห้องเก็บเสื้อผ้าและของใช้ส่วนตัว	๖	๒.๕	๒.๕	๑ และ ๒ อาจใช้พื้นที่
☐ ๒. ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า	๖	๒	๒.๕	ร่วมกันได้
บริเวณรับคนไข้				
☐ ๓. Transfer Area	๙	๒.๕	๓	
Procedure Area				
☐ ๔. บริเวณฟอกมือเจ้าหน้าที่ (อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ)				ต้องไม่อยู่ในห้องผ่าตัด
☐ ๕. Operation Rooms	๒๐	๔	๓	
ส่วนประกอบอื่นๆ				
☐ ๖. Recovery Rooms				๑.๕ เตียงต่อ ๑ ห้องผ่าตัด

(**หมายเหตุ** เตียงพักฟื้น ๑.๕ เตียงต่อ ๑ ห้องผ่าตัด : มีห้องผ่าตัด ๑ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น จำนวน ๒ เตียง ถ้ามีห้องผ่าตัด ๒ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น จำนวน ๓ เตียง เป็นต้น)

☐ ๑.๘ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง กรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้โดยหลักอนุโลม

☐ ๑.๙ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ควรมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม เป็นต้น

☐ ๑.๑๐ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม โดยต้องมีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม

☐ ๑.๑๐.๑ ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิดวางคู่กันทุกห้อง

☐ ๑.๑๐.๒ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ“ขยะติดเชื้อ” ภาชนะบรรจุขยะทั่วไป ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีดำ เขียนข้อความ“ขยะทั่วไป”

☐ ๑.๑๐.๓ แสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ เช่น มีสัญญา หรือหนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทหรือหน่วยงานอื่นที่มีระบบกำจัดขยะติดเชื้อ หรือแสดงการกำจัดขยะติดเชื้อโดยการเผาและฝังกลบอย่างเหมาะสม

☐ ๑.๑๑ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก (ตามกฎกระทรวงกำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ และตามแบบ ส.พ.๒๓)

☐ ๑.๑๒ มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นสามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น

☐ ๑.๑๓ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล

☐ ๑.๑๔ กรณีมีการให้บริการเอกซเรย์ การให้บริการจะต้องได้มาตรฐาน และมีห้องเอกซเรย์แยกเป็นสัดส่วน รวมทั้งมีเอกสารที่ยื่นเพื่อรับการตรวจมาตรฐานเครื่องเอกซเรย์ และห้องเอกซเรย์ จากหน่วยงานได้รับมอบหมาย (ในกรณีที่ยังไม่ได้รับหนังสือรับรองจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ **ห้ามใช้เครื่องเอกซเรย์** จนกว่าจะได้หนังสือรับรองดังกล่าว)

☐ ๑.๑๔.๑ อุปกรณ์ที่ต้องจัดให้มีในห้องเอกซเรย์ ได้แก่ เสื้อตะกั่ว

๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

☐ ๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น

☐ ๒.๒ ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนดแล้วแต่กรณี

☐ ๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น

☐ ๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน

☐ ๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

☐ ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

☐ ๓.๑ มีป้ายชื่อคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม.... ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้ายโดยมีลักษณะดังนี้คือ

☐ ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร

☐ ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า“คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม....” นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อคลินิก

☐ ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีเขียว

☐ ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็นตัวเลขอารบิคสีเขียว

☐ ๓.๒ ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม

☐ ๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญดังต่อไปนี้

☐ ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม....”

☐ ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้อง**เล็กกว่า**อักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย

☐ ๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช้คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกเวชกรรม

☐ ๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

☐ ๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีที่ผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือ หมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก

☐ ๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิก และตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๓.๕ การแสดงเอกสารใบอนุญาต เอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) และรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

☐ ๓.๕.๑ กรณีที่คลินิกตั้งใหม่ที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาต ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำติดในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน (ถ้าเลือกตอบข้อนี้ให้ข้ามข้อ ๓.๕.๒)

☐ ๓.๕.๒ กรณีที่คลินิกรายเก่าที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว ต้องติดเอกสารดังต่อไปนี้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน

☐ (๑) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๗)

☐ (๒) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๙)

☐ (๓) แสดงเอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) ไว้บริเวณด้านหน้าสถานพยาบาล

☐ (๔) แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่มีหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ. ๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ดังต่อไปนี้

☐ (ก) ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพ พร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ (ออกใบโดยผู้อนุญาต)

☐ (ข) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นดำ แต่งกายสุภาพ รูปถ่ายที่ถ่าย **ไม่เกิน ๑ ปี** ขนาด ๘ เซนติเมตร x ๑๓ เซนติเมตร

☐ (ค) ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพ ในสถานพยาบาลบริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ

☐ (ง) แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงินและมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต

☐ (จ) หากมีผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของคลินิก ให้ยื่นแบบ ส.พ.๖ (หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ทุกคน

☐ ๓.๖ แสดงอัตราค่าบริการด้านเวชกรรม ในที่เปิดเผยเห็นได้ง่ายด้วยตัวอักษรไทย (อาจมีภาษาต่างประเทศร่วมด้วยได้) และต้องครอบคลุมที่ให้บริการ โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ ดังต่อไปนี้

☐ ๓.๖.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตรารักษาพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มี ผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้มิได้และต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้

☐ ๓.๖.๒ แสดงในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิกที่ได้รับอนุญาต

☐ ๓.๖.๓ จัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์แสดงให้ผู้ป่วยทราบ

☐ ๓.๗ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด

☐ ๓.๘ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทย แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ

๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

☐ ๔.๑ เวชระเบียน

☐ ๔.๑.๑ มีที่เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และค้นหาได้ง่าย

☐ ๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตามกฎกระทรวง

☐ (๑) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย

☐ (๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย

☐ (๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ ๔.๑.๓ มีเวชระเบียน หรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด

☐ (๑) มีชื่อสถานพยาบาล และสถานที่ติดต่อ พร้อมเบอร์โทรศัพท์

☐ (๒) เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย

☐ (๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ (๔) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้ป่วย

☐ (๕) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชัณสูตรของผู้ป่วย (กรณีคลินิกรายเก่า)

☐ (๖) การวินิจฉัยโรค (กรณีคลินิกรายเก่า)

☐ (๗) การรักษา (กรณีคลินิกรายเก่า)

☐ (๘) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การรักษาพยาบาล (กรณีคลินิกรายเก่า)

๔.๒ เครื่องใช้ทั่วไป ในห้องตรวจโรค

☐ ๔.๒.๑ โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้

☐ ๔.๒.๒ เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ (พื้นแข็งสามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้ตามหลักวิชาชีพ และไม่ใช่เตียงที่มีการยกระดับขึ้นลง เช่นเตียงที่ให้บริการความงาม หรือเสริมสวย)

☐ ๔.๒.๓ มีบันไดขึ้นเตียง (Step)

☐ ๔.๒.๔ ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว

☐ ๔.๒.๗ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือ

๔.๓ เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ ในการตรวจและวินิจฉัยโรค จะต้องมี

☐ ๔.๓.๑ หูฟัง (Stethoscope)

☐ ๔.๓.๒ เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer)

☐ ๔.๓.๓ ปรอทวัดอุณหภูมิร่างกายหรืออุปกรณ์วัดอุณหภูมิ

☐ ๔.๓.๔ ไฟฉาย ไม้กดลิ้น

☐ ๔.๔ เครื่องชั่งน้ำหนัก และอุปกรณ์วัดส่วนสูง อยู่ในห้องตรวจหรือบริเวณที่พักคอย

☐ ๔.๕ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน

☐ ๔.๖ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ที่ต้องจัดให้มีในคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม ยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ ดังต่อไปนี้

☐ ๔.๖.๑ ต้องจัดให้มียาและเวชภัณฑ์เฉพาะทางในสาขาของแพทย์ผู้ชำนาญการที่ได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรจากแพทยสภา

☐ ๔.๖.๒ หากมีการให้บริการตรวจโรคทั่วไปต้องจัดให้มียาและเวชภัณฑ์ **อย่างน้อย ๕ กลุ่มยา จาก ๑๓ กลุ่มยา** ดังนี้

☐ (๑) **กลุ่มยารักษาโรคติดเชื้อ ยาปฏิชีวนะ** ไม่น้อยกว่า ๓ ประเภท ได้แก่

☐ (ก) กลุ่มยา Penicillin

☐ (ข) กลุ่มยา Sulfa

☐ (ค) กลุ่มยา Quinolone หรือ Macrolide

☐ (ง) อื่นๆ ระบุ.....

☐ (๒) **กลุ่มยารักษาโรคทางเดินอาหาร** ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่

☐ (ก) กลุ่มยาโรคกระเพาะอาหาร

☐ (ข) กลุ่มยาโรคท้องเสีย

☐ (ค) อื่นๆ ระบุ.....

☐ (๓) **กลุ่มยารักษาโรคทางเดินปัสสาวะ** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่

☐ (ก) กลุ่มยาโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ

☐ (ข) อื่นๆ ระบุ.....

☐ (๔) **กลุ่มยารักษาโรคทางเดินหายใจ** ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่

☐ (ก) กลุ่มยาโรคหวัดที่มีอาการไอ

☐ (ข) กลุ่มยาโรคหอบหืด

☐ (ค) อื่นๆ ระบุ.....

☐ (๕) **กลุ่มยารักษาโรคระบบสมองและระบบประสาท** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่

☐ (ก) กลุ่มยาโรคชัก

☐ (ข) อื่นๆ ระบุ.....

☐ (๖) **กลุ่มยารักษาโรคระบบไหลเวียนโลหิต** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่

☐ (ก) กลุ่มยาโรคความดันโลหิตสูง

☐ (ข) อื่นๆ ระบุ.....

☐ (๗) **กลุ่มยารักษาโรคระบบผิวหนัง** ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่

☐ (ก) กลุ่มยาโรคผื่นคันที่ผิวหนัง

☐ (ข) กลุ่มยาโรคผิวหนังอักเสบติดเชื้อ

☐ (ค) อื่นๆ ระบุ.....

☐ (๘) **กลุ่มยารักษาโรคระบบต่อมไร้ท่อ** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่

☐ (ก) กลุ่มยาโรคเบาหวาน

☐ (ข) อื่นๆ ระบุ.....

☐ (๙) **กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มคลายกล้ามเนื้อ** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่

☐ (ก) กลุ่มยาโรคปวดหลัง

☐ (ข) อื่นๆ ระบุ.....

☐ (๑๐) **กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มแก้ปวด ลดไข้** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท ได้แก่

☐ (ก) กลุ่มยาลดไข้ บรรเทาปวด

☐ (ข) อื่นๆ ระบุ.....

☐ (๑๑) **กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มยาแก้แพ้** ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท ได้แก่

☐ (ก) กลุ่มยา Antihistamine

☐ (ข) กลุ่มยา Steroid

☐ (ค) อื่นๆ ระบุ.....

☐ (๑๒) **กลุ่มยาอื่นๆ** ได้แก่

☐ (ก) กลุ่มยาฉีดป้องกันบาดทะยัก

☐ (ข) อื่นๆ ระบุ.....

☐ (๑๓) **กลุ่มเวชภัณฑ์อื่นๆ** ได้แก่

☐ (ก) อุปกรณ์ทำแผล

☐ (ข) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๗ ในกรณีที่มียาเสพติดให้โทษให้มีสถานที่หรือตู้เก็บยาเสพติดให้โทษที่มั่นคงและปลอดภัยมีกุญแจปิด และเปิดอย่างประสิทธิภาพ

☐ ๔.๘ มีอุปกรณ์นับเม็ดยา อย่างน้อยสองชุด (สำหรับยาทั่วไปและยาปฏิชีวนะ)

☐ ๔.๙ ซองยา หรือภาชนะบรรจุยาต้องมีชื่อคลินิก ที่อยู่ (ตามที่ได้รับอนุญาต) เบอร์โทรศัพท์ ชื่อ - สกุลผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ และ วัน เดือน ปี ที่ยาหมดอายุ

☐ ๔.๑๐ มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ เช่น เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิตู้เย็น

☐ ๔.๑๑ แนวทางการช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้นที่ต้องจัดให้มีสำหรับคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม

☐ ๔.๑๑.๑ รายการยาสำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินในคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม ยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ

☐ (๑) ยาฉีด Adrenaline ๑ : ๑๐๐๐

☐ (๒) ยาฉีด Steroid injection เช่น Dexamethazone Injection หรือ Hydrocortizone

☐ (๓) ยาฉีด Chlorphenilamine injection

☐ (๔) ๕๐% Glucose injection

☐ (๕) ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ

☐ (๖) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๑๑.๒ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินที่ต้องจัดให้มีในคลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม

อุปกรณ์และเวชภัณฑ์	**จำนวน**
☐ (๑) ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ	๑ ชุด
☐ (๒) NSS ๑,๐๐๐ cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set IV fluid)	๒ ชุด
☐ (๓) Medicut หรือเข็มแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้น้ำเกลือ	๒ ชุด
☐ (๔) Disposable Syringe	๕ หลอด
☐ (๕) เข็ม Disposable	๕ อัน
☐ (๖) เสาแขวนน้ำเกลือ (Stand) ที่เคลื่อนย้ายได้	๑ อัน
☐ (๗) Oral Airway	๑ อัน
☐ (๘) Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง	๑ ถัง
☐ (๙) อื่นๆ	
☐ (๑๐) ในกรณีคลินิกเวชกรรมที่มีห้องผ่าตัดใหญ่จะต้องมีเครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrilator)	๑ เครื่อง

☐ ๔.๑๑.๓ มีแผนและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

☐ (๑) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการช่วยฟื้นคืนชีพ ติดไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน

☐ (๒) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย

☐ ๔.๑๒ **ในกรณีที่มีห้องบำบัดรักษา** (ห้อง Treatment) ต้องจัดให้มี

☐ ๔.๑๐.๑ เตียงสำหรับให้การรักษา

☐ ๔.๑๐.๒ ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ สำหรับทำแผล ฉีดยา ปริมาณพอเพียง

☐ ๔.๑๐.๓ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ มีการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสม

☐ ๔.๑๐.๔ มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ(ใช้ถุงสีแดงเขียนข้อความ“ขยะติดเชื้อ”) แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป

☐ ๔.๑๓ **ในกรณีที่มีห้องตรวจภายใน** (ห้อง PV) ต้องจัดให้มี

☐ ๔.๑๓.๑ ลักษณะห้องที่เป็นสัดส่วนมิดชิด

☐ ๔.๑๓.๒ เตียงสำหรับตรวจภายใน

☐ ๔.๑๓.๓ ไฟส่องตรวจ

☐ ๔.๑๓.๔ อุปกรณ์การตรวจภายใน มีการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม

☐ ๔.๑๓.๕ ผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัวท่อนล่างป้องกันการเปิดเผยของผู้ป่วย

☐ ๔.๑๔ **ในกรณีที่มีห้องผ่าตัดเล็ก** (ห้องผ่าตัดเล็ก หมายถึง ห้องผ่าตัดที่มีการทำหัตถการโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) รวมทั้งยารับประทานที่ทำให้ผู้ป่วยเคลิ้มหลับ ได้แก่ ยากล่อมประสาท หรือยาคลายเครียด (Tranquilizer Drug) ทั้งนี้ไม่รวมถึงยา Dormicum ชนิดรับประทาน ซึ่งเป็นยาที่ทำให้ผู้ป่วยหลับ นอกจากนี้ไม่รวมถึงการฉีดยาชาเข้าเส้นเลือดดำที่ทำให้ผู้ป่วยเคลิ้มหลับ)

☐ ๔.๑๔.๑ ระบุวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และยาที่ใช้ .....
.....
.....

☐ ๔.๑๔.๒ หัตถการหรือการทำผ่าตัด (ระบุ).....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๔.๑๔.๓ อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์

☐ (๑) หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave)

☐ (๒) ตู้เก็บอุปกรณ์/เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ (ให้แสดงรายละเอียดของอุปกรณ์/เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ เช่น ระบุวัน เดือน ปีที่นึ่ง/หรือเปลี่ยนน้ำยา/หรือวันผลิต/หรือวันหมดอายุ

☐ (๓) ถังออกซิเจน

☐ (๔) ถุงบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag)

☐ (๕) ชุดเครื่องมือผ่าตัดทั่วไป

☐ (๖) ยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน**ต้องจัดให้มี**ในห้องผ่าตัด

☐ (๗) เตียงและโคมไฟผ่าตัด (แบบตั้ง หรือติดเตียง หรือติดผนัง)

☐ (๘) จัดให้มีบริเวณ ดังต่อไปนี้

☐ (ก) อ่างฟอกมือที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สำหรับแพทย์ผู้ทำผ่าตัดและสำหรับผู้ป่วยเพื่อล้างทำความสะอาดส่วนที่ต้องการทำผ่าตัด

☐ (ข) บริเวณล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว

☐ (ค) บริเวณที่ทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัด ด้วยหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave) พร้อมทั้งให้จัดทำคู่มือ หรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ

☐ ๔.๑๕ **ในกรณีที่มีห้องผ่าตัดใหญ่** (ชนิดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัดใหญ่มี ๓ ประเภท คือ ๑) การผ่าตัดที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ ซึ่งใช้ปริมาณยาชาเฉพาะที่เป็นจำนวนมาก หรือการทำผ่าตัดหลายอวัยวะพร้อมๆ กันในการทำผ่าตัดครั้งเดียว ซึ่งจะมีความเสี่ยงต่อการใช้ยาชาเฉพาะที่ในปริมาณสูง ๒) การผ่าตัดที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ร่วมกับยารับประทานที่ทำให้หลับ หรือยาฉีดเข้าเส้นเลือดดำที่ทำให้หลับ หรือมีการดมยาสลบร่วมด้วย ๓) การผ่าตัดที่มีการดมยาสลบให้ผู้ป่วยหลับ

☐ ๔.๑๕.๑ ระบุวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และยาที่ใช้ .....
.....
.....

☐ ๔.๑๕.๒ หัตถการหรือการทำผ่าตัด (ระบุ).....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

☐ ๔.๑๕.๓ อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์

☐ (๑) เตียงและโคมไฟผ่าตัดแบบมาตรฐาน ใช้ในการผ่าตัดประจำทุกห้องที่ใช้งานผ่าตัด

☐ (๒) เครื่องดมยาสลบที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และระบบแก๊สทางการแพทย์ซึ่งมีสัญญาณเตือนอันตรายทุกห้องที่ขออนุญาตใช้งาน

☐ (๓) ถังออกซิเจน หรือ ออกซิเจนที่ส่งผ่านมาทางท่อส่งก๊าซ (Pipe line)

☐ (๔) เครื่องดูดเสมหะ

☐ (๕) ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทุกห้อง

☐ (๖) เครื่องมือผ่าตัดที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์และเพียงพอสำหรับการผ่าตัดตามสาขาโรค

☐ (๗) เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrilator)

☐ (๘) ถุงบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag)

☐ (๙) Patient monitor ซึ่งสามารถ monitor ในเรื่อง คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ความดันโลหิต (Blood Pressure) ชีพจร (Pulse) และการวัดความอิ่มตัวออกซิเจนของฮีโมโกลบินจากชีพจร (Oxygen Saturation)

☐ (๑๐) ชุดใส่ท่อหายใจ (ชุด Laryngoscope)

☐ (๑๑) หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave)

☐ (๑๒) ตู้เก็บอุปกรณ์/เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ (ให้แสดงรายละเอียดของอุปกรณ์/เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ เช่น ระบุวัน เดือน ปีที่นึ่ง/หรือเปลี่ยนน้ำยา/หรือวันผลิต/หรือวันหมดอายุ)

☐ (๑๓) ตู้เสื้อผ้าและบริเวณสำหรับเจ้าหน้าที่เปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้า

☐ (๑๔) ระบบไฟฟ้าสำรองหรือระบบทำแสงสว่างสำรอง

☐ ๔.๑๕.๔ ห้องพักฟื้น (สัดส่วนของห้องผ่าตัด ๑ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น ๑.๕ เตียง)

หมายเหตุ เตียงพักฟื้น ๑.๕ เตียงต่อ ๑ ห้องผ่าตัด : มีห้องผ่าตัด ๑ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น จำนวน ๒ เตียง ถ้ามีห้องผ่าตัด ๒ ห้อง ต้องมีเตียงพักฟื้น จำนวน ๓ เตียง เป็นต้น และภายในห้องพักฟื้นต้องจัดให้มี

☐ (๑) เครื่อง monitor ผู้ป่วยไว้ในห้องพักฟื้น

☐ (๒) ถังออกซิเจน พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง

☐ ๔.๑๕.๕ จัดให้มีบริเวณ ดังต่อไปนี้

☐ (๑) อ่างฟอกมือที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สำหรับแพทย์ผู้ทำผ่าตัดและสำหรับผู้ป่วยเพื่อล้างทำความสะอาดส่วนที่ต้องการทำผ่าตัด

☐ (๒) บริเวณล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว

☐ (๓) บริเวณที่ทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัด ด้วยหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave) พร้อมทั้งให้จัดทำคู่มือ หรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ

☐ ๔.๑๕.๖ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยขณะทำการผ่าตัด

☐ (๑) มีวิสัญญีแพทย์เป็นผู้ปฏิบัติงาน โดยการดมยาสลบในห้องผ่าตัดใหญ่

(ระบุชื่อ).....

(ระบุชื่อ).....

☐ (๒) มีวิสัญญีแพทย์ หรือแพทย์ผู้ผ่านการอบรมจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ โดยการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำเพื่อทำให้ผู้ป่วยหลับในห้องผ่าตัดใหญ่

(ระบุชื่อ).....

(ระบุชื่อ).....

(ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบจากการแจ้งยื่นรายชื่อวิสัญญีแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิก เป็นผู้ประกอบวิชาชีพร่วม (แบบ สพ.๖) โดยระบุวัน เวลาที่ปฏิบัติงานให้ชัดเจน

☐ ๔.๑๓ การให้บริการ หรือหัตถการสำหรับบริการเฉพาะในสาขาตามวุฒิบัตร/อนุมัติบัตรที่ขออนุญาตให้บริการ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ ๔.๑๓.๑ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ สำหรับบริการเฉพาะในสาขาตามวุฒิบัตร/อนุมัติบัตรที่ขออนุญาตให้บริการ.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ ๓ ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิก

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

☐ อนุญาตมีเงื่อนไขโดยให้ปรับปรุง (โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสมของสภาพปัญหา แต่ทั้งนี้ไม่ควรเกิน ๓๐ วัน หรือตามความเห็นของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาล)

คณะอนุกรรมการสถานพยาบาล หมายถึง คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด (ในส่วนภูมิภาค) หรือ คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ในเขตกรุงเทพมหานคร)

จากการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทคลินิก พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นต้องแก้ไข ปรับปรุงก่อนการประชุมของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุญาต ได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

( ) ( )

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

( ) ( )

ข้าพเจ้าผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ได้รับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิกแล้ว และขอรับรองว่า พนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล เสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด และได้รับคำแนะนำในเรื่องการประกอบกิจการสถานพยาบาลต้องกระทำภายหลังได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลเท่านั้น

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือ

( ) ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

( )

วัน.....เดือน.....ปี.....

บันทึกการตรวจมาตรฐาน □ คลินิกทันตกรรม
□ คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม

วุฒิบัตร/อนุมัติบัตร ที่ได้รับจากทันตแพทยสภา.....

□ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ตามที่ (ระบุชื่อเต็ม / ของบุคคล / นิติบุคคล).....
.....ได้ยื่นคำขอ ประกอบกิจการสถานพยาบาล
และ.....ได้ยื่นคำขอดำเนินการสถานพยาบาล
ไว้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สถานพยาบาลชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
วัน/เวลา ที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (ระบุรายละเอียดวัน/เวลา ทำการ).....
.....

พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตรวจตามที่ขออนุญาตเมื่อวันที่...../...../.....ปรากฏผลการตรวจดังนี้คือ

๑. ผู้ดำเนินการที่ยื่นคำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

□ ๑.๑ หนังสือรับรองตนเองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่สามารถดูแลสถานพยาบาลได้อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มีเวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

□ ๑.๒ กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา/อบรม เพิ่มเติม ต้องมีหนังสือรับรองเรื่องระยะเวลาการศึกษา/อบรมจากสถาบันนั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

□ ๒.๑ มีสำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิก จากผู้มีกรรมสิทธิ์/ผู้ครอบครองพื้นที่ดังกล่าว เช่น สำเนาโฉนดที่ดิน หรือสำเนาสัญญาเช่า เป็นต้น

๓. ลักษณะที่ตั้ง

□ อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ □ อาคารอยู่อาศัย □ ห้องแถว
□ ตึกแถว □ บ้านแถว □ บ้านแฝด
□ ศูนย์การค้า □ อาคารพาณิชย์.....ชั้น ตั้งอยู่ชั้นที่.....
□ คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย □ คอนโดมิเนียมสำนักงาน
□ อื่น ๆ .....

๔. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

ชั้น ๑ .....

.....

.....

ชั้น ๒ .....

.....

.....

ชั้น ๓ .....

.....

.....

ชั้น ๔ .....

.....

.....

ชั้น ๕ .....

.....

.....

๕. เครื่องมือพิเศษ พร้อมแนบสำเนาใบอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๕.๑.....

๕.๒.....

๕.๓.....

๕.๔.....

๕.๕.....

๖. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๒ การตรวจลักษณะสถานพยาบาล

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน □ ใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อถูกต้อง และเครื่องหมาย ✘ เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในกรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้นๆ ให้ทำเครื่องหมาย **– ใน ช่อง** □

๑. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล

□ ๑.๑ ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

□ ๑.๒ อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย

□ ๑.๓ บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย

□ ๑.๓.๑ มีพื้นที่ที่ให้บริการโดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดของอาคารหรือห้องต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้

☐ ๑.๓.๒ มีส่วนพักที่คอยตรวจที่เหมาะสมที่มีพนักพิงอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง

☐ ๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร

☐ ๑.๕ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษา ต้องเป็นสัดส่วนและมิดชิด มีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ และไม่ติดตั้งกล้องวงจรปิด

☐ ๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง กรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้า หรืออาคารสำนักงาน ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้โดยหลักอนุโลม

☐ ๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ควรมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม เป็นต้น

☐ ๑.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม โดยต้องมีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม

☐ ๑.๘.๑ ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิดวางคู่กันทุกห้อง

☐ ๑.๘.๒ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ภาชนะบรรจุขยะทั่วไป ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีดำ เขียนข้อความ“ขยะทั่วไป”

☐ ๑.๘.๓ แสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ เช่น มีสัญญา หรือหนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทหรือหน่วยงานอื่นที่มีระบบกำจัดขยะติดเชื้อ หรือแสดงการกำจัดขยะติดเชื้อโดยการเผาและฝังกลบอย่างเหมาะสม

☐ ๑.๙ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก (ตามกฎกระทรวงกำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ และตามแบบ ส.พ.๒๓)

☐ ๑.๑๐ มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นสามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น

☐ ๑.๑๑ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล

☐ ๑.๑๒ การให้บริการเอกซเรย์ การให้บริการจะต้องได้มาตรฐาน และมีห้องเอกซเรย์แยกเป็นสัดส่วน รวมทั้งมีเอกสารที่ยื่นเพื่อรับการตรวจมาตรฐานเครื่องเอกซเรย์ และห้องเอกซเรย์ จากหน่วยงานได้รับมอบหมาย (ในกรณีที่ยังไม่ได้รับหนังสือรับรองจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ **ห้ามใช้เครื่องเอกซเรย์** จนกว่าจะได้หนังสือรับรองดังกล่าว)

☐ ๑.๑๒.๑ อุปกรณ์ที่ต้องจัดให้มีในห้องเอกซเรย์ ได้แก่ เสื้อตะกั่ว

๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

☐ ๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น

☐ ๒.๒ ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนดแล้วแต่กรณี

☐ ๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น

☐ ๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน

☐ ๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

☐ ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

☐ ๓.๑ มีป้ายชื่อคลินิกทันตกรรม หรือคลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม....ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้าย โดยมีลักษณะดังนี้คือ

☐ ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร

☐ ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า“คลินิกทันตกรรม” หรือ“คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม....” นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อคลินิก

☐ ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีม่วง

☐ ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็นตัวเลขอารบิคสีม่วง

☐ ๓.๒ ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม

☐ ๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญดังต่อไปนี้

☐ ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกทันตกรรม” หรือ “คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม....”

☐ ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้อง**เล็กกว่า**อักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย

☐ ๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช้คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกทันตกรรม หรือ คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม....

☐ ๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

☐ ๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีที่ผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือ หมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก

☐ ๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิก และตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๓.๕ การแสดงเอกสารใบอนุญาต เอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) และรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

☐ ๓.๕.๑ กรณีที่คลินิกตั้งใหม่ที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาต ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ ติดในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน (ถ้าเลือกตอบข้อนี้ให้ข้ามข้อ ๓.๕.๒)

☐ ๓.๕.๒ กรณีที่คลินิกรายเก่าที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว ต้องติดเอกสารดังต่อไปนี้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน

☐ (๑) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๗)

☐ (๒) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๙)

☐ (๓) แสดงเอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) ไว้บริเวณด้านหน้าสถานพยาบาล

☐ (๔) แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ที่มีหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ. ๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ดังต่อไปนี้

☐ (ก) ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพ พร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ (ออกใบโดยผู้อนุญาต)

☐ (ข) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นดำ แต่งกายสุภาพ รูปถ่ายที่ถ่าย **ไม่เกิน ๑ ปี** ขนาด ๘ เซนติเมตร x ๑๓ เซนติเมตร

☐ (ค) ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพ ในสถานพยาบาลบริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ

☐ (ง) แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงินและมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต

☐ (จ) หากมีผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของคลินิก ให้ยื่นแบบ ส.พ.๖ (หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ทุกคน

☐ ๓.๖ แสดงอัตราค่าบริการด้านทันตกรรม ในที่เปิดเผยเห็นได้ง่ายด้วยตัวอักษรไทย (อาจมีภาษาต่างประเทศร่วมด้วยได้) และต้องครอบคลุมที่ให้บริการ โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ ดังต่อไปนี้

☐ ๓.๖.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตรารักษาพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มี ผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้มิได้และต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้

☐ ๓.๖.๒ แสดงในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิกที่ได้รับอนุญาต

☐ ๓.๖.๓ จัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์แสดงให้ผู้ป่วยทราบ

☐ ๓.๗ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด

☐ ๓.๘ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทย แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ

๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

๔.๑ เวชระเบียน

☐ ๔.๑.๑ มีที่เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และค้นหาได้ง่าย

☐ ๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตามกฎกระทรวง

☐ (๑) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย

☐ (๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย

☐ (๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ ๔.๑.๓ มีเวชระเบียน หรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด

☐ (๑) มีชื่อสถานพยาบาล และสถานที่ติดต่อ พร้อมเบอร์โทรศัพท์

☐ (๒) เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย

☐ (๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ (๔) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้ป่วย

☐ (๕) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชัณสูตรของผู้ป่วย (กรณีคลินิกรายเก่า)

☐ (๖) การวินิจฉัยโรค (กรณีคลินิกรายเก่า)

☐ (๗) การรักษา (กรณีคลินิกรายเก่า)

☐ (๘) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ให้การรักษาพยาบาล (กรณีคลินิกรายเก่า)

☐ ๔.๒ ห้องทำฟัน ประกอบด้วยอุปกรณ์ต่อไปนี้

☐ ๔.๒.๑ ยูนิตทำฟัน ประกอบด้วยระบบให้แสงสว่าง ระบบเครื่องกรอฟัน ระบบดูดน้ำลาย ระบบน้ำบ้วนปาก และเก้าอี้คนไข้

☐ ๔.๒.๒ เก้าอี้ทันตแพทย์และเก้าอี้ผู้ช่วยทันตแพทย์

☐ ๔.๒.๓ ชุดตรวจฟัน อุดฟัน ถอนฟัน ชุดศัลยกรรมช่องปาก ชุดรักษาคลองรากฟัน ชุดรักษาโรคเหงือก ชุดทันตกรรมประดิษฐ์ เครื่องขูดหินน้ำลาย และเครื่องมืออุปกรณ์อื่นตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ โดยต้องมีจำนวนที่เพียงพอกับผู้รับบริการ

☐ ๔.๒.๔ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมืออยู่ในห้องทำฟัน

☐ ๔.๓ เครื่องเอกซเรย์ฟันที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์

☐ ๔.๔ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ที่ต้องจัดให้มีในคลินิกทันตกรรม หรือ คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม.... ยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ ต้องจัดให้มียาดังต่อไปนี้

☐ ๔.๔.๑ กลุ่มยารักษาโรคติดเชื้อ ยาปฏิชีวนะ อย่างน้อย ๒ รายการ ได้แก่

☐ (๑) Amoxycillin

☐ (๒) Metronidazone

☐ (๓) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๔.๒ กลุ่มยาแก้ปวด ลดไข้ อย่างน้อย ๒ รายการ ได้แก่

☐ (๑) Paracetamol

☐ (๒) Ibuprofen

☐ (๓) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๔.๓ กลุ่มยาแก้แพ้ อย่างน้อย ๑ รายการ ได้แก่

☐ (๑) Chlorphenilamine

☐ (๒) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๔.๔ กลุ่มยาชา ได้แก่

☐ (๑) ยาชาเฉพาะที่ชนิดฉีดและทา

☐ (๒) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๕ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์และตู้เก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อเป็นสัดส่วน

☐ ๔.๖ มีอุปกรณ์นับเม็ดยา อย่างน้อยสองชุด (สำหรับยาทั่วไปและยาปฏิชีวนะ)

☐ ๔.๗ ซองยา หรือภาชนะบรรจุยาต้องมีชื่อคลินิก ที่อยู่ (ตามที่ได้รับอนุญาต) เบอร์โทรศัพท์ ชื่อ - สกุลผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ และวัน เดือน ปี ที่ยาหมดอายุ

☐ ๔.๘ มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มียาที่ต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำ ต้องมีการควบคุมอุณหภูมิของตู้เย็น เช่น เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิตู้เย็น

☐ ๔.๙ หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave)

☐ ๔.๑๐ ในกรณีที่คลินิกที่ให้บริการอุดฟันด้วยอมัลกัม ควรจัดให้มี Amalgam Separator เพื่อกรองเศษอมัลกัมและแยกทิ้งในถังขยะมีพิษ หรือมีวิธีกำจัดอื่นที่เหมาะสม

☐ ๔.๑๑ แนวทางการช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้นที่ต้องจัดให้มีสำหรับคลินิกทันตกรรม หรือ คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม....

☐ ๔.๑๑.๑ รายการยาสำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินในคลินิกทันตกรรม หรือ คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม.... ยาจะต้องมีเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ ประกอบด้วย

☐ (๑) ยาฉีด Adrenaline ๑ : ๑๐๐๐

☐ (๒) ยาฉีด Steroid injection เช่น Dexamethazone Injection หรือ Hydrocortizone

☐ (๓) ยาฉีด Chlorphenilamine injection

☐ (๔) ๕๐% Glucose injection

☐ (๕) ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ

☐ (๖) อื่นๆ ระบุ.....

☐ ๔.๑๑.๒ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินที่ต้องจัดให้มีในคลินิกทันตกรรม หรือ คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม....

อุปกรณ์และเวชภัณฑ์	จำนวน
☐ (๑) ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ	๑ ชุด
☐ (๒) NSS ๑,๐๐๐ cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set IV fluid)	๒ ชุด
☐ (๓) Medicut หรือเข็มแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้น้ำเกลือ	๒ ชุด
☐ (๔) Disposable Syringe	๕ หลอด
☐ (๕) เข็ม Disposable	๕ อัน
☐ (๖) เสาแขวนน้ำเกลือ (Stand) ที่เคลื่อนย้ายได้	๑ อัน
☐ (๗) Oral Airway	๑ อัน
☐ (๘) Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง	๑ ถัง
☐ (๙) อื่นๆ	
☐ (๑๐) ในกรณีคลินิกทันตกรรมที่มีห้องผ่าตัดใหญ่จะต้องมีเครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrilator)	๑ เครื่อง

☐ ๔.๑๑.๓ มีแผนและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

☐ (๑) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการช่วยฟื้นคืนชีพ ติดไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน

☐ (๒) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย

☐ ๔.๑๒ จัดให้มีบริเวณ ดังต่อไปนี้

☐ ๔.๑๒.๑ บริเวณล้างเครื่องมือที่ใช้แล้ว

☐ ๔.๑๒.๒ บริเวณที่ทำความสะอาดเครื่องมือทางทันตกรรม ด้วยหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave) พร้อมทั้งให้จัดทำคู่มือ หรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ

☐ ๔.๑๓ **ในกรณีที่มีการทำผ่าตัดเล็ก** เช่น ผ่าฟันคุด เป็นต้น สามารถกระทำได้ที่ห้องทำฟัน (ห้องผ่าตัดเล็ก หมายถึง ห้องผ่าตัดที่มีการทำหัตถการโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) รวมทั้งยารับประทานที่ทำให้ผู้ป่วยเคลิ้มหลับ ได้แก่ ยากล่อมประสาท หรือ ยาคลายเครียด (Tranquilizer Drug) ทั้งนี้ไม่รวมถึงยา Dormicum ชนิดรับประทาน ซึ่งเป็นยาที่ทำให้ผู้ป่วยหลับ นอกจากนี้ไม่รวมถึงการฉีดยาชาเข้าเส้นเลือดดำที่ทำให้ผู้ป่วยเคลิ้มหลับ)

☐ ๔.๑๓.๑ ระบุวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และยาที่ใช้ .....
.....
.....

☐ ๔.๑๓.๒ หัตถการหรือการทำผ่าตัดเล็ก (ระบุ).....
.....
.....
.....
.....

☐ ๔.๑๔ กรณีคลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม สาขา.....

☐ ๔.๑๔.๑ การให้บริการในคลินิก.....
.....
.....
.....

☐ ๔.๑๔.๒ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ ๓ ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิก

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

☐ อนุญาตมีเงื่อนไขโดยให้ปรับปรุง (โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสมของสภาพปัญหา แต่ทั้งนี้ไม่ควรเกิน ๓๐ วัน หรือตามความเห็นของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาล)

คณะอนุกรรมการสถานพยาบาล หมายถึง คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด (ในส่วนภูมิภาค) หรือ คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ในเขตกรุงเทพมหานคร)

จากการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทคลินิก พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นต้องแก้ไข ปรับปรุงก่อนการประชุมของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุญาต ได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

( ) ( )

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

( ) ( )

ข้าพเจ้าผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ได้รับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิกแล้ว และขอรับรองว่า พนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล เสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด และได้รับคำแนะนำในเรื่องการประกอบกิจการสถานพยาบาลต้องกระทำภายหลังได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลเท่านั้น

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือ

( ) ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

( )

วัน.....เดือน.....ปี.....

เอกสารแนบท้ายการให้บริการห้องเอกซเรย์สำหรับคลินิกทันตกรรม

๑. ต้องมีห้องเอกซเรย์แยกเป็นสัดส่วน

๒. ผนังห้องจะต้องบุด้วยตะกั่วมีความหนาไม่น้อยกว่า ๑ มิลลิเมตร ในกรณีที่ผนังห้องไม่ได้บุด้วยตะกั่ว จะต้องก่อด้วยอิฐมอญแดงฉาบปูน มีความหนาไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร (อิฐมอญแดง ๒ ก้อนวางต่อกันในแนวด้านกว้าง) กรณีที่ผนังห้องเอกซเรย์ของคลินิกไม่ได้ทำจากอิฐมอญแดงฉาบปูน ให้จัดเตรียมฉากตะกั่วชนิดเคลื่อนย้ายได้สำหรับป้องกันไม่ให้บุคคลรอบข้างได้รับอันตรายจากรังสี

๓. ห้องเอกซเรย์จะต้องมีประตูที่บุด้วยตะกั่ว มีความหนาไม่น้อยกว่า ๑ มิลลิเมตร หรือประตูที่เป็นฉากตะกั่ว

๔. อุปกรณ์ที่ต้องจัดให้มีในห้องเอกซเรย์ ได้แก่ เสื้อตะกั่ว

หมายเหตุ ทั้งนี้ให้อ้างอิงรายงานผลการตรวจมาตรฐานห้องเอกซเรย์และเครื่องเอกซเรย์โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เป็นไปตามค่ามาตรฐาน

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

□ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

□ คลินิกเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

วุฒิบัตร/อนุมัติบัตร ที่ได้รับจากสภาการพยาบาล.....

□ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ตามที่ (ระบุชื่อเต็ม / ของบุคคล / นิติบุคคล).....
.....ได้ยื่นคำขอประกอบกิจการสถานพยาบาล
และ.....ได้ยื่นคำขอดำเนินการสถานพยาบาล
ไว้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สถานพยาบาลชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
วัน/เวลา ที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (ระบุรายละเอียดวัน/เวลา ทำการ).....
.....

พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตรวจตามที่ขออนุญาตเมื่อวันที่...../...../.....ปรากฏผลการตรวจดังนี้คือ

๑. ผู้ดำเนินการที่ยื่นคำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

□ ๑.๑ หนังสือรับรองตนเองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่สามารถดูแลสถานพยาบาลได้อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มีเวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

□ ๑.๒ กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา/อบรม เพิ่มเติม ต้องมีหนังสือรับรองเรื่องระยะเวลาการศึกษา/อบรมจากสถาบันนั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

□ ๒.๑ มีสำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิกจากผู้มีกรรมสิทธิ์/ผู้ครอบครองพื้นที่ดังกล่าว เช่น สำเนาโฉนดที่ดิน หรือสำเนาสัญญาเช่า เป็นต้น

๓. ลักษณะที่ตั้ง

□ อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ □ อาคารอยู่อาศัย □ ห้องแถว
□ ตึกแถว □ บ้านแถว □ บ้านแฝด
□ ศูนย์การค้า □ อาคารพาณิชย์.....ชั้น ตั้งอยู่ชั้นที่.....
□ คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย □ คอนโดมิเนียมสำนักงาน
□ อื่น ๆ .....

๔. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

ชั้น ๑ .....

.....

.....

ชั้น ๒ .....

.....

.....

ชั้น ๓ .....

.....

.....

ชั้น ๔ .....

.....

.....

ชั้น ๕ .....

.....

.....

๕. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๒ การตรวจลักษณะสถานพยาบาล

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน □ ใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อถูกต้อง และเครื่องหมาย ✘ เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในกรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้นๆ ให้ทำเครื่องหมาย **– ใน ช่อง** □

๑. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล

□ ๑.๑ ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

□ ๑.๒ อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย

□ ๑.๓ บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย

□ ๑.๓.๑ มีพื้นที่ที่ให้บริการโดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดของอาคารหรือห้องต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้

□ ๑.๓.๒ มีส่วนพักที่คอยตรวจที่เหมาะสมที่มีพนักพิงอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง

□ ๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร

□ ๑.๕ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษา ต้องเป็นสัดส่วนและมิดชิด และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

□ ๑.๕.๑ ภายในห้องตรวจโรคจะต้องมีเตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือ

☐ ๑.๕.๒ ห้องให้การรักษาและการทำหัตถการตามประเภทการให้บริการ ต้องเป็นสัดส่วนและมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

☐ ๑.๕.๓ ไม่ติดตั้งกล้องวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ

☐ ๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง กรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้โดยหลักอนุโลม

☐ ๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ควรมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม เป็นต้น

☐ ๑.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม โดยต้องมีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม

☐ ๑.๘.๑ ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิดวางคู่กันทุกห้อง

☐ ๑.๘.๒ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ“ขยะติดเชื้อ” ภาชนะบรรจุขยะทั่วไป ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีดำ เขียนข้อความ“ขยะทั่วไป”

☐ ๑.๘.๓ แสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ เช่น มีสัญญา หรือหนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทหรือหน่วยงานอื่นที่มีระบบกำจัดขยะติดเชื้อ หรือแสดงการกำจัดขยะติดเชื้อโดยการเผาและฝังกลบอย่างเหมาะสม

☐ ๑.๙ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก (ตามกฎกระทรวงกำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ และตามแบบ ส.พ.๒๓)

☐ ๑.๑๐ มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นสามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น

☐ ๑.๑๑ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล

๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

☐ ๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น

☐ ๒.๒ ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนดแล้วแต่กรณี

☐ ๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น

☐ ๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน

☐ ๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

☐ ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

☐ ๓.๑ มีป้ายชื่อ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือ คลินิกเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์.... ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้ายโดยมีลักษณะดังนี้คือ

☐ ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร

☐ ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า“คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์” หรือ “คลินิกเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์....”นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อคลินิก

☐ ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีฟ้า

☐ ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็นตัวเลขอารบิคสีฟ้า

☐ ๓.๒ ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม

☐ ๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญดังต่อไปนี้

☐ ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์” หรือ “คลินิกเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์...”

☐ ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้อง**เล็กกว่า**อักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย

☐ ๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช้คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ ๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

☐ ๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีที่ผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือ หมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก

☐ ๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิก และตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

☐ ๓.๕ การแสดงเอกสารใบอนุญาต เอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) และรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ ๓.๕.๑ กรณีที่คลินิกตั้งใหม่ที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาต ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำติดในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน (ถ้าเลือกตอบข้อนี้ให้ข้ามข้อ ๓.๕.๒)

☐ ๓.๕.๒ กรณีที่คลินิกรายเก่าที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว ต้องติดเอกสารดังต่อไปนี้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน

☐ (๑) ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๗)

☐ (๒) ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๙)

☐ (๓) แสดงเอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) ไว้บริเวณด้านหน้าสถานพยาบาล

☐ (๔) แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่มีหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ. ๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ดังต่อไปนี้

☐ (ก) ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพ พร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ (ออกใบโดยผู้อนุญาต)

☐ (ข) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นดำ แต่งกายสุภาพ รูปถ่ายที่ถ่าย **ไม่เกิน ๑ ปี** ขนาด ๘ เซนติเมตร x ๑๓ เซนติเมตร

☐ (ค) ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพ ในสถานพยาบาลบริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ

☐ (ง) แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงินและมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต

☐ (จ) หากมีผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของคลินิก (ตามหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ให้ยื่นแบบ ส.พ.๖ ทุกคน

☐ ๓.๖ แสดงอัตราค่าบริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในที่เปิดเผยเห็นได้ง่ายด้วยตัวอักษรไทย (อาจมีภาษาต่างประเทศร่วมด้วยได้) และต้องครอบคลุมที่ให้บริการ โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ ดังต่อไปนี้

☐ ๓.๖.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตรารักษาพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มีผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้มิได้และต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้

☐ ๓.๖.๒ แสดงในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิกที่ได้รับอนุญาต

☐ ๓.๖.๓ จัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์แสดงให้ผู้ป่วยทราบ

☐ ๓.๗ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด

☐ ๓.๘ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทย แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ

๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

☐ ๔.๑ เวชระเบียน

☐ ๔.๑.๑ มีที่เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และค้นหาได้ง่าย

☐ ๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตามกฎกระทรวง

☐ (๑) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย

☐ (๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย

☐ (๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ ๔.๑.๓ มีเวชระเบียน หรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด

☐ (๑) มีชื่อสถานพยาบาล และสถานที่ติดต่อ พร้อมเบอร์โทรศัพท์

☐ (๒) เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย

☐ (๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ (๔) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้ป่วย

☐ (๕) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชัณสูตรของผู้ป่วย (กรณีคลินิกรายเก่า)

☐ (๖) การวินิจฉัยโรค (กรณีคลินิกรายเก่า)

☐ (๗) การรักษา (กรณีคลินิกรายเก่า)

☐ (๘) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ให้การรักษาพยาบาล (กรณีคลินิกรายเก่า)

☐ ๔.๒ ห้องตรวจโรคหรือห้องให้การรักษา ประกอบด้วยอุปกรณ์ ดังต่อไปนี้

☐ ๔.๒.๑ โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้

☐ ๔.๒.๒ เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ (พื้นแข็งสามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้ตามหลักวิชาชีพ และไม่ใช่เตียงที่มีการยกระดับขึ้นลง เช่นเตียงที่ให้บริการความงาม หรือเสริมสวย)

☐ ๔.๒.๓ มีบันไดขึ้นเตียง (Step)

☐ ๔.๒.๔ ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว

☐ ๔.๒.๗ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือ

☐ ๔.๓ เครื่องมือ เครื่องใช้ หรืออุปกรณ์ ที่จำเป็น

☐ ๔.๓.๑ เครื่องวัดความดันโลหิต

☐ ๔.๓.๒ ปรอทวัดอุณหภูมิร่างกายสำหรับเด็ก และผู้ใหญ่

☐ ๔.๓.๓ ไฟฉาย ไม้กดลิ้น

☐ ๔.๓.๔ เครื่องชั่งน้ำหนัก

☐ ๔.๓.๕ เครื่องวัดความสูง และสายวัดความยาวของเด็กทารก

☐ ๔.๓.๖ ชุดทำแผล

☐ ๔.๓.๗ อุปกรณ์เช็ดตัวลดไข้

☐ ๔.๓.๘ มีโต๊ะ ตู้ หรือชั้นสำหรับวางอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้

☐ ๔.๔ ชุดตรวจมารดาตั้งครรภ์ ประกอบด้วย

☐ ๔.๔.๑ เครื่องฟังเสียงหัวใจเด็ก ได้แก่ หูฟัง (Stethoscope)

☐ ๔.๔.๒ เครื่องวัดเชิงกรานหรือสายวัด

☐ ๔.๕ เตียงตรวจครรภ์ (ต้องมีลักษณะที่มั่นคง แข็งแรง ปลอดภัย สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ความสูงของเตียงต่ำกว่าเตียงตรวจโรค และมีความกว้างกว่าเตียงทั่วไป)

☐ ๔.๖ ชุดทำคลอด ประกอบด้วย

☐ ๔.๖.๑ ชุดทำคลอดปราศจากเชื้อ ประกอบด้วย

☐ (๑) กะละมังหรือถาด สำหรับรองรับรก

☐ (๒) ถ้วย ๓ ใบ (สำหรับใส่น้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น savlon ๑:๑๐๐ สำลีก้อนเล็ก ๒ ก้อน ชุบ ๓% Boric acid หรือ NSS สำหรับเช็ดตา และสำลีก้อนใหญ่ ๑ ก้อน ชุบ ๗๐% แอลกอฮอล์ หรือ Triple dye สำหรับเช็ดสะดือ)

☐ (๓) ลูกสูบยางแดง ๑ อัน สำหรับทารกแรกเกิด

☐ (๔) เชือก หรือ ยางรัดสายสะดือ ๑-๒ เส้น

☐ (๕) ผ้าก๊อส

☐ (๖) สำลี

☐ (๗) ผ้า safe perineum ผ้าสี่เหลี่ยมเจาะกลาง ๑ ผืน

☐ (๘) ผ้าเช็ดตัว หรือผ้าก๊อส สำหรับเช็ดตัวทารกให้แห้ง

☐ ๔.๖.๒ ผ้าสี่เหลี่ยมที่สะอาด

☐ (๑) ผ้าคลุมหน้าท้อง

☐ (๒) ผ้าปูรองก้น

☐ (๓) ผ้ารองรับทารก

☐ ๔.๖.๓ ชุดเครื่องมือทำคลอดปราศจากเชื้อ ประกอบด้วย

☐ (๑) Sponge holding forceps ๑ ด้าม สำหรับคีบสำลีทำความสะอาดภายหลังการฟอกบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

☐ (๒) กรรไกรตัดฝีเย็บ ๑ ด้าม

☐ (๓) Long arterial forceps หรือ Kocher clamps ๒ ด้าม สำหรับหนีบสายสะดือก่อนการตัดสายสะดือ

☐ (๔) กรรไกรตัดสายสะดือ ๑ ด้าม

☐ (๕) Tooth forceps หรือ Arterial forceps ๑ ด้าม สำหรับเลื่อนยางรัดสายสะดือ

☐ (๖) กรรไกรตัดไหม ๑ ด้าม

☐ (๗) Needle holder ๑ ด้าม พร้อมไหมเย็บแผล

☐ ๔.๖.๔ น้ำยา ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ของมารดา น้ำยาเช็ดตาเด็ก และน้ำยาเช็ดสะดือ

☐ ๔.๗ ชุดตรวจหลังคลอด ประกอบด้วย

☐ (๑) สายวัด

☐ (๒) กรรไกรตัดไหม

☐ ๔.๘ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น โดยมีจำนวนรายการและปริมาณที่เพียงพอตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ หากมียาให้มีดังนี้ (ไม่จำเป็นต้องมีครบทุกรายการแล้วแต่ความประสงค์)

☐ ๔.๘.๑ ยาสามัญประจำบ้านหรือยาตำราหลวง (มีข้อความระบุในฉลากยา)

☐ ๔.๘.๒ ยาคุมกำเนิด **(ประเภทรับประทาน)** ยกเว้นยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน โดยยาคุมกำเนิดต้องเป็นสูตรมาตรฐานตามโครงการส่งเสริมการวางแผนครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข (ประกอบด้วยตัวยา ๒ ชนิด คือ ๑) Estinyl estradiol ๐.๓ – ๐.๕ มิลลิกรัม และ ๒) Norgestrel ๐.๒๕ – ๐.๕ มิลลิกรัม รายชื่อยาคุมกำเนิดสูตรมาตรฐาน ๔ รายการหลัก อาทิเช่น (๑) Microgest (๒) Anna (๓) Microgynon ED และ (๔) Anamai)

☐ ๔.๘.๓ ยาสมุนไพรที่ไม่ใช่ยาอันตราย (ถ้ามี)

☐ ๔.๙ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน

☐ ๔.๑๐ มีตู้เย็นสำหรับเก็บวัคซีนชนิดรับประทาน ตู้เย็นต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ เช่น เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิตู้เย็น

☐ ๔.๑๑ กรณีมีการจ่ายยาเม็ด ต้องมีอุปกรณ์นับเม็ดยาอย่างน้อยสองชุด

☐ ๔.๑๒ ซองยา หรือภาชนะบรรจุยาต้องมีชื่อคลินิก ที่อยู่ (ตามที่ได้รับอนุญาต) เบอร์โทรศัพท์ ชื่อ - สกุลผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ และ วัน เดือน ปี ที่ยาหมดอายุ

☐ ๔.๑๓ เครื่องมือ อุปกรณ์ สำหรับควบคุมการติดเชื้อ ในกรณีที่**จำเป็นต้องใช้**

☐ ๔.๑๓.๑ เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการทำความสะอาด เช่น หม้อต้ม หรือหม้อนึ่ง หรือหม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ

☐ ๔.๑๓.๒ ตู้สำหรับเก็บเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อแล้ว และแสดงรายละเอียดของเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อ เช่น ระบุวัน เดือน ปี ที่นึ่ง/ เปลี่ยนน้ำยา/ ผลิต /และหมดอายุ

☐ ๔.๑๓.๓ จัดทำคู่มือหรือแผนภูมิแสดงขั้นตอนการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ

☐ ๔.๑๔ แนวทางการช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้นที่ต้องจัดให้มีสำหรับคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ ๔.๑๔.๑ ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag)

☐ ๔.๑๔.๒ มีแผนและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

☐ (๑) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการช่วยฟื้นคืนชีพ ติดไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน

☐ (๒) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย

☐ ๔.๑๕ กรณีคลินิกเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขา.....

☐ ๔.๑๕.๑ การให้บริการในคลินิก.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ ๔.๑๕.๒ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๓ ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิก

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

☐ อนุญาตมีเงื่อนไขโดยให้ปรับปรุง (โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสมของสภาพปัญหา แต่ทั้งนี้ไม่ควรเกิน ๓๐ วัน หรือตามความเห็นของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาล)

คณะอนุกรรมการสถานพยาบาล หมายถึง คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด (ในส่วนภูมิภาค) หรือ คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ในเขตกรุงเทพมหานคร)

จากการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทคลินิก พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นต้องแก้ไข ปรับปรุงก่อนการประชุมของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุญาต ได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
( ) ( )

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
( ) ( )

ข้าพเจ้าผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ได้รับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิกแล้ว และขอรับรองว่า พนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล เสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด และได้รับคำแนะนำในเรื่องการประกอบกิจการสถานพยาบาลต้องกระทำภายหลังได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลเท่านั้น

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือ
( ) ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล
( )

วัน.....เดือน.....ปี.....

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกการแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทย

☐ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ตามที่ (ระบุชื่อเต็ม / ของบุคคล / นิติบุคคล).....
.....ได้ยื่นคำขอประกอบกิจการสถานพยาบาล
และ.....ได้ยื่นคำขอดำเนินการสถานพยาบาล
ไว้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สถานพยาบาลชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
วัน/เวลา ที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (ระบุรายละเอียดวัน/เวลา ทำการ).....
.....

พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตรวจตามที่ขออนุญาตเมื่อวันที่...../...../.....ปรากฏผลการตรวจดังนี้คือ

๑. ผู้ดำเนินการที่ยื่นคำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

☐ ๑.๑ หนังสือรับรองตนเองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่สามารถดูแลสถานพยาบาลได้อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มีเวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

☐ ๑.๒ กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา /อบรม เพิ่มเติม ต้องมี หนังสือ รับรองเรื่องระยะเวลาการศึกษา/อบรมจากสถาบันนั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

☐ ๒.๑ มีสำเนา เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่ อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิก จากผู้มีกรรมสิทธิ์ /ผู้ครอบครองพื้นที่ดังกล่าว เช่น สำเนา โฉนดที่ดิน หรือสำเนาสัญญาเช่า หรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่

๓. ลักษณะที่ตั้ง

☐ อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ ☐ อาคารอยู่อาศัย ☐ ห้องแถว
☐ ตึกแถว ☐ บ้านแถว ☐ บ้านแฝด
☐ ศูนย์การค้า ☐ อาคารพาณิชย์.....ชั้น ตั้งอยู่ชั้นที่.....
☐ คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย ☐ คอนโดมิเนียมสำนักงาน
☐ อื่น ๆ .....

๔. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

ชั้น ๑ .....
.....
.....

ชั้น ๒ .....
.....
.....

ชั้น ๓ .....
.....
.....
ชั้น ๔ .....
.....
.....
ชั้น ๕ .....
.....
.....

๕. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ ๒ การตรวจลักษณะสถานพยาบาล

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน □ ใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อถูกต้อง และเครื่องหมาย ✘ เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในกรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้นๆ ให้ทำเครื่องหมาย **– ใน ช่อง** □

๑. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล

□ ๑.๑ ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

□ ๑.๒ อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย

□ ๑.๓ บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอา ด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย

□ ๑.๓.๑ มีพื้นที่ที่ให้บริการโดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วนแคบ ที่สุดของอาคารหรือห้องต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้

□ ๑.๓.๒ มีส่วนพักที่คอยตรวจที่เหมาะสมที่มีพนักพิงอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง

□ ๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

□ ๑.๔.๑ ขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร

□ ๑.๕ มีห้องตรวจหรือห้องให้การรักษาเป็นสัดส่วนและมิดชิด

□ ๑.๕.๑ ห้องตรวจต้องมีประตูเปิด-ปิดอย่างชัดเจน กั้นเป็นสัดส่วน และ ภายในห้องต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค ๑ ตัว เตียงตรวจโรค ๑ เตียง ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด - ปิดน้ำ สบู่เหลว และผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว

□ ๑.๕.๒ ห้องให้การรักษา ต้องเป็นสัดส่วนและมิดชิด และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

□ ๑.๕.๓ ภายในห้องตรวจหรือห้องให้การรักษาต้องไม่ติดตั้งกล้องวงจรปิด

□ ๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลัก ษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง กรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้า หรืออาคารลักษณะเป็นสถานที่รวม เช่น อาคารสำนักงาน คอนโดมิเนียม เป็นต้น ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้โดยหลักอนุโลม

□ ๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ

□ ๑.๗.๑ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ต้องมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม

☐ ๑.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม โดยต้อง มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อแยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม

☐ ๑.๘.๑ ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิด**วางคู่กันทุกห้อง**

☐ ๑.๘.๒ ภาชนะเป็นชนิดที่ใช้เท้าเหยียบสำหรับเปิด-ปิด

☐ ๑.๘.๓ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ที่ชัดเจนบริเวณถุง

☐ ๑.๙ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก (ส.พ.๒๓)

☐ ๑.๑๐ มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็น สามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น

☐ ๑.๑๑ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล

๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

☐ ๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น

☐ ๒.๒ ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี

☐ ๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น

☐ ๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน

☐ ๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

☐ ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณ ะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะ อยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโร คศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

☐ ๓.๑ มีป้ายชื่อคลินิกการแพทย์แผนไทย ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้ายโดยมีลักษณะดังนี้คือ

☐ ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร

☐ ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า “คลินิกการแพทย์แผนไทย ” นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อ

☐ ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร คลินิกการแพทย์แผนไทย ใช้**พื้นสีขาว ตัวอักษรสีน้ำเงิน**

☐ ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็น **ตัวเลขอารบิคสีน้ำเงิน**

☐ ๓.๒ ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม

☐ ๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินจริง หรืออ าจสื่อให้เข้าใจผิด ในสาระ สำคัญ ดังต่อไปนี้

☐ ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกการแพทย์แผนไทย”

☐ ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอั กษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย

☐ ๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช้คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกการแพทย์แผนไทย

☐ ๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

☐ ๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีที่ผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือนิติ บุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือหมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก

☐ ๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอก คลินิกและตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

☐ ๓.๕ แสดงใบอนุญาตติดในที่เปิดเผยและเหมาะสม

☐ ๓.๕.๑ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๗)

☐ ๓.๕.๒ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๙)

☐ ๓.๖ แสดงเอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนี ยมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) ไว้บริเวณด้านหน้าสถานพยาบาล

☐ ๓.๗ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบ วิชาชีพ การแพทย์แผนไทย ที่มีหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ. ๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิก ดังต่อไปนี้

☐ ๓.๗.๑ ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และ ชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพพร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ (ออกใบโดยผู้อนุญาต)

☐ ๓.๗.๒ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นดำ แต่งกายสุภาพ รูปถ่ายที่ถ่ายไม่เกิน ๑ ปี ขนาด ๘ เซนติเมตร x ๑๓ เซนติเมตร

☐ ๓.๗.๓ ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลบริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ

☐ ๓.๗.๔ แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงินและมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต

☐ ๓.๗.๕ หากมีผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของคลินิก (ตามหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ให้ยื่นแบบ ส.พ.๖ ทุกคน

☐ ๓.๘ แสดงอัตราค่าบริการ ด้าน การแพทย์แผนไทย ในที่เปิดเผยเห็นได้ง่ายด้วยตัวอักษรไทย (อาจ มีภาษาต่างประเทศร่วมด้วยได้) และต้องครอบคลุมที่ให้บริการ โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ ดังต่อไปนี้

☐ ๓.๘.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตรารักษาพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มีผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้มิได้และต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้

☐ ๓.๘.๒ แสดงในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิกที่ได้รับอนุญาต

☐ ๓.๘.๓ จัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์แสดงให้ผู้ป่วยทราบ

☐ ๓.๙ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงให้ ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด

☐ ๓.๑๐ จัดทำป้ายตัว อักษรภาษาไทย แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่ วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ

๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

๔.๑ เวชระเบียน

☐ ๔.๑.๑ มีที่เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และค้นหาได้ง่าย

☐ ๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตามกฎกระทรวง

☐ ๑) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย

☐ ๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย

☐ ๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ ๔.๑.๓ มี เวชระเบียน หรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด

☐ ๑) มีชื่อสถานพยาบาล และสถานที่ติดต่อ พร้อมเบอร์โทรศัพท์

☐ ๒) เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย

☐ ๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ ๔) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้ป่วย

☐ ๕) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย

☐ ๖) การวินิจฉัยโรค

☐ ๗) การรักษา

☐ ๘) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้การรักษาพยาบาล

๔.๒ เครื่องใช้ทั่วไป ในห้องตรวจโรค

☐ ๔.๒.๑ โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้สำหรับซักประวัติผู้มารับบริการ

☐ ๔.๒.๒ เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์

☐ ๔.๒.๓ ต้องมีบันไดขึ้นเตียง (Step)

☐ ๔.๒.๔ ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว

☐ ๔.๒.๕ เครื่องชั่งน้ำหนัก และอุปกรณ์วัดส่วนสูง อยู่ในห้องตรวจหรือบริเวณที่พักคอย

☐ ๔.๒.๖ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน

☐ ๔.๒.๗ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ ผ้าเช็ดมือ

๔.๓ ยาและเวชภัณฑ์

☐ ๔.๓.๑ มียาสมุนไพรตามเกณฑ์ขั้นต่ำอย่างน้อย ๑๐ กลุ่มอาการ โดยให้ระบุ วัน เดือน ปีที่ผลิต และวันที่หมดอายุ

☐ ๑) ยาขับลม (แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ บำรุงธาตุ)
☐ ๒) ยาถ่าย หรือยาระบาย
☐ ๓) ยาแก้ท้องเสีย
☐ ๔) ยาแก้ไข้
☐ ๕) ยาแก้ร้อนใน
☐ ๖) ยาบรรเทาหัด อีสุกอีใส
☐ ๗) ยาแก้ลมวิงเวียน
☐ ๘) ยาแก้ไอ ขับเสมหะ
☐ ๙) ยากษัยเส้นหรือยาบรรเทาอาการปวดเมื่อย (ยาสำหรับใช้รับประทาน)
☐ ๑๐) ยาทาบรรเทาอาการปวดเมื่อย (ยาสำหรับใช้ทาภายนอก)
☐ ๑๑) ยาบรรเทาอาการริดสีดวงทวารหนัก
☐ ๑๒) ยาถ่ายพยาธิตัวกลม
☐ ๑๓) ยาบรรเทาอาการผื่นคันตามผิวหนัง (ยาสำหรับใช้รับประทาน)
☐ ๑๔) ยาบรรเทาอาการผื่นคันตามผิวหนัง (ยาสำหรับใช้ภายนอก)
☐ ๑๕) ยาแก้กลากเกลื้อน (ยาสำหรับใช้ภายนอก)
☐ ๑๖) ยาแก้หิด (ยาสำหรับใช้ภายนอก)
☐ ๑๗) ยาบรรเทาฝีแผล (ยาสำหรับใช้ภายนอก)
☐ ๑๘) ยาบรรเทาอาการแมลงกัดต่อย (ยาสำหรับใช้ภายนอก)
☐ ๑๙) ยาบรรเทาอาการเจ็บคอ
☐ ๒๐) ยาทาแก้ลิ้นเป็นฝ้า
☐ ๒๑) ยาทา หรือดมบรรเทาอาการคัดจมูกเนื่องจากหวัด
☐ ๒๒) กลุ่มยาอื่นๆ ตามที่สภาการแพทย์แผนไทยกำหนด

☐ ๔.๓.๒ ไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ และมีกระดาษติดซองยาหรือขวดยาให้ระบุ ชื่อคลินิก สถานที่ติดต่อ ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ และต้องระบุยาหมดอายุอย่างชัดเจน

☐ ๔.๓.๓ อุปกรณ์การจัดยา ได้แก่ เครื่องชั่งยา ถาดนับเม็ดยา

☐ ๔.๓.๔ ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้น ได้แก่ ถุงบีบลมพร้อมหน้ากากช่วยหายใจ

๔.๔ ห้องนวด/ห้องประคบ (หากมีบริการ) ให้มีขนาดและอุปกรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน

☐ ๔.๔.๑ มีขนาดและพื้นที่เหมาะสมกับการให้บริการนวด และจำนวนเตียง หากเป็นห้องนวดรวมต้องมีม่านกั้นระหว่างเตียงให้เป็นสัดส่วน มีที่ว่างระหว่างเตียงหรือที่ว่างระหว่างเบาะนวด (ในกรณียกพื้นสูง) ห่างกันไม่น้อยกว่า ๐.๘ เมตร

☐ ๔.๔.๒ เตียงนวดมีขนาดไม่น้อยกว่า ๑.๒๐ x ๒.๐๐ เมตร เบาะมีขนาดไม่น้อยกว่า ๐.๙ x ๑.๘๐ เมตร ความสูงของเตียงมีความเหมาะสมกับการให้บริการนวดโดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

☐ ๔.๔.๓ เบาะที่นอนเป็นที่นอนที่เหมาะสมต่อการนวดหุ้มด้วยวัสดุคงทน และมีผ้าปูที่นอน หมอนพร้อมปลอกหมอน ผ้าคลุมตัว

☐ ๔.๔.๔ หากมีการประคบสมุนไพรในห้องนวดให้เพิ่มอุปกรณ์ ดังนี้

☐ ๑) ภาชนะล้างมือพร้อมสบู่ และผ้าเช็ดมือที่สะอาด

☐ ๒) พัดลมระบายอากาศหรือระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก

☐ ๓) มีที่วางหม้อน้ำร้อนนึ่งลูกประคบอย่างเหมาะสมคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการ

☐ ๔.๔.๕ สัดส่วนการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพ : เตียงให้บริการ ไม่เกิน ๑ : ๔

๔.๕ ห้องอบไอน้ำสมุนไพร (หากมีบริการ) ให้มีขนาดและอุปกรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีป้ายแนะนำข้อห้ามและข้อควรระวัง

☐ ๔.๕.๑ ห้องอบไอน้ำสมุนไพรเดี่ยว

☐ ๑) ขนาดห้องไม่น้อยกว่า ๑.๒๐ x ๑.๒๐ เมตร ความสูงของเพดาน ไม่น้อยกว่า ๒.๐๐ เมตร

☐ ๒) พื้น ผนัง ฝ้าทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ทนน้ำ ไม่ทาสี และทำความสะอาดง่าย

☐ ๓) ประตูทำด้วยวัสดุทนน้ำ มีความกว้างไม่น้อยกว่า ๐.๘ เมตร หรือมีความกว้างที่สามารถให้รถเข็นผู้ป่วย เข้า-ออก ประตูได้สะดวก ประตูเปิดออกจากภายใน ด้านบนของประตูหรือบานเลื่อนมีช่องมองเป็นกระจกใสที่อยู่ในระดับสายตา และไม่มีอุปกรณ์ล็อค/ขัดปิด/ตรึงประตู

☐ ๔) ที่นั่ง/เก้าอี้ ในห้องอบไอน้ำทำด้วยวัสดุทนความร้อน และไม่มีเชื้อรา

☐ ๕) มีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก

☐ ๖) มีแสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นสิ่งต่างๆ ในห้องได้ชัดเจน หลอดไฟใช้ชนิดกันความชื้นหรือหลอดไฟชนิดที่มีฝาครอบ

☐ ๗) มีที่วัดอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพรได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

☐ ๘) มีระบบบันทึกการควบคุมอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพร ในวันที่มีการใช้งานอย่างน้อย ๑ ครั้ง โดยให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง ๔๒ – ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๙) มีกริ่ง/กระดิ่งสัญญาณที่ไม่ใช้ระบบไฟฟ้าเรียกในกรณีฉุกเฉิน

☐ ๑๐) มีสัญญาณเตือนบอกเวลา

☐ ๑๑) มีระบบป้องกันไฟฟ้ารั่วและไฟฟ้าลัดวงจร

☐ ๑๒) มีที่นั่งพักรอหน้าห้องอบไอน้ำสมุนไพร พร้อมน้ำดื่ม

☐ ๑๓) ท่อส่งกระจายไอน้ำในห้องอบสมุนไพร ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนความร้อนได้ดี มีฉนวนหุ้มไม่รั่วซึม มีการออกแบบให้กระจายความร้อนได้ทั่วถึง ติดตั้งอยู่ในที่ปลอดภัย หรือไม่อยู่ในตำแหน่งที่ผู้รับบริการสัมผัสง่าย

☐ ๑๔) กรณีมีหม้อต้มไอน้ำที่มีระบบไอน้ำผ่านท่อไปยังห้องอบสมุนไพร หม้อต้มต้องทำด้วยสแตนเลส มีความแข็งแรง ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่ว มีระบบแยกสมุนไพรออกจากน้ำ มีระบบควบคุมความปลอดภัย และมีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๑๕) กรณีมีหม้อต้มไอน้ำที่ไม่มีระบบไอน้ำผ่านท่อไปยังห้องอบสมุนไพร หม้อต้มทำด้วยวัสดุที่มีความปลอดภัย ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่วและ มีระบบควบคุมความปลอดภัย ทนความร้อนได้ดี และมีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๔.๕.๒ ห้องอบไอน้ำสมุนไพรรวม

☐ ๑) แยกห้องชาย – หญิง หรือถ้าไม่สามารถแยกได้ต้องบริหารจัดการเรื่องเวลาการให้บริการแก่ผู้รับบริการชาย-หญิง ได้อย่างเหมาะสม

☐ ๒) ขนาดห้องไม่น้อยกว่า ๑.๕ x ๒ เมตร ความสูงของเพดาน ไม่น้อยกว่า ๒.๐๐ เมตร

☐ ๓) พื้น ผนัง ฝ้าทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ทนน้ำ ไม่ทาสี และทำความสะอาดง่าย

☐ ๔) ประตูทำด้วยวัสดุทนน้ำ มีความกว้างไม่น้อยกว่า ๐.๘ เมตร หรือมีความกว้างที่สามารถให้รถเข็นผู้ป่วย เข้า-ออก ประตูได้สะดวก ประตูเปิดออกจากภายใน ด้านบนของประตูหรือบานเลื่อนมีช่องมองเป็นกระจกใสที่อยู่ในระดับสายตา และไม่มีอุปกรณ์ล็อค/ขัดปิด/ตรึงประตู

☐ ๕) ที่นั่ง/เก้าอี้ ในห้องอบไอน้ำทำด้วยวัสดุทนความร้อน และไม่มีเชื้อรา

☐ ๖) มีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก

☐ ๗) มีแสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นสิ่งต่างๆ ในห้องได้ชัดเจน หลอดไฟใช้ชนิดกันความชื้นหรือหลอดไฟชนิดที่มีฝาครอบ

☐ ๘) มีที่วัดอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพรได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

☐ ๙) มีระบบบันทึกการควบคุมอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพร ในวันที่มีการใช้งานอย่างน้อย ๑ ครั้ง โดยให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง ๔๒ – ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๑๐) มีกริ่ง/กระดิ่งสัญญาณที่ไม่ใช้ระบบไฟฟ้าเรียกในกรณีฉุกเฉิน

☐ ๑๑) มีสัญญาณเตือนบอกเวลา

☐ ๑๒) มีระบบป้องกันไฟฟ้ารั่วและไฟฟ้าลัดวงจร

☐ ๑๓) มีที่นั่งพักรอหน้าห้องอบไอน้ำสมุนไพร พร้อมน้ำดื่ม

☐ ๑๔) ท่อส่งกระจายไอน้ำในห้องอบสมุนไพร ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนความร้อนได้ดี มีฉนวนหุ้ม ไม่รั่วซึม มีการออกแบบให้กระจายความร้อนได้ทั่วถึง ติดตั้งอยู่ในที่ปลอดภัย หรือไม่อยู่ในตำแหน่งที่ผู้รับบริการสัมผัสง่าย

☐ ๑๕) กรณีมีหม้อต้มไอน้ำที่มีระบบไอน้ำผ่านท่อไปยังห้องอบสมุนไพร หม้อต้มต้องทำด้วย สแตนเลส มีความแข็งแรง ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่ว มีระบบแยกสมุนไพรออกจากน้ำ มีระบบควบคุมความปลอดภัย และมีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๑๖) กรณีมีหม้อต้มไอน้ำที่ไม่มีระบบไอน้ำผ่านท่อไปยังห้องอบสมุนไพร หม้อต้มทำ ด้วยวัสดุที่มีความปลอดภัย ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่วและมีระบบควบคุมความปลอดภัย ทนความร้อนได้ดี และมีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๔.๕.๓ ตู้อบไอน้ำสมุนไพร

☐ ๑) ขนาดของตู้อบไอน้ำสมุนไพรเหมาะสมกับจำนวน และขนาดของผู้รับบริการ

☐ ๒) ประตูทำด้วยวัสดุทนน้ำ เปิดออกจากภายใน และสามารถเข้า – ออก ได้สะดวก ด้านบนของบานเลื่อนมีช่องมองเป็นกระจกใสที่อยู่ในระดับสายตา และไม่มีอุปกรณ์ล็อค/ขัดปิด/ตรึง

☐ ๓) หม้อต้มสมุนไพรทำจากวัสดุปลอดภัย ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่ว และมีระบบควบคุมความปลอดภัย

☐ ๔) หม้อต้มสมุนไพรวางอยู่ในตำแหน่งที่ปลอดภัย

☐ ๕) พื้น ผนัง ฝ้าทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ทนน้ำ ไม่ทาสี และทำความสะอาดง่าย

☐ ๖) ที่นั่ง/เก้าอี้ ในห้องอบไอน้ำทำด้วยวัสดุทนความร้อน และไม่มีเชื้อรา

☐ ๗) มีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก

☐ ๖) มีแสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นสิ่งต่างๆ ในห้องได้ชัดเจน หลอดไฟใช้ชนิดกันความชื้นหรือหลอดไฟชนิดที่มีฝาครอบ

☐ ๘) มีที่วัดอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพรได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

☐ ๙) มีระบบบันทึกการควบคุมอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพร ในวันที่มีการใช้งานอย่างน้อย ๑ ครั้ง โดยให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง ๔๒ – ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๑๐) มีกริ่ง/กระดิ่งสัญญาณที่ไม่ใช้ระบบไฟฟ้าเรียกในกรณีฉุกเฉิน

☐ ๑๑) มีสัญญาณเตือนบอกเวลา

☐ ๑๓) มีระบบป้องกันไฟฟ้ารั่วและไฟฟ้าลัดวงจร

☐ ๑๔) มีที่นั่งพักรอหน้าห้องอบไอน้ำสมุนไพร พร้อมน้ำดื่ม

☐ ๔.๕.๔ กระโจมอบไอน้ำสมุนไพร

☐ ๑) เป็นกระโจมที่ผู้รับบริการเข้าได้ทั้งร่างกาย โดยไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายยื่นออกจากกระโจม และสามารถเข้าออกได้สะดวก

☐ ๒) ขนาดของกระโจมมีความเหมาะสมกับจำนวนและขนาดผู้รับบริการ

☐ ๓) ทำจากผ้าที่ระบายอากาศได้ดีและสะอาด

☐ ๔) หม้อต้มสมุนไพรทำจากวัสดุที่มีความปลอดภัย ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่ว

☐ ๕) มีวัสดุอุปกรณ์สำหรับป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการสัมผัสหม้อต้มสมุนไพรได้ง่าย

☐ ๖) เก้าอี้ในกระโจมทำด้วยวัสดุทนความร้อน และไม่มีเชื้อรา

☐ ๗) บริเวณพื้นที่ตั้งกระโจมต้องไม่ลื่น

๔.๖ ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า (ถ้ามี) ให้มีขนาดและอุปกรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน

☐ ๔.๖.๑ แยกห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าชาย – หญิง แต่หากไม่สามารถแยกห้องชาย – หญิง ได้ ต้องบริหารจัดการเรื่องเวลาการใช้ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าของผู้รับบริการชาย หญิง ได้อย่างเหมาะสม

☐ ๔.๖.๒ ขนาดห้องมีความเหมาะสมกับผู้รับบริการ

☐ ๔.๖.๓ มีจำนวนเพียงพอกับผู้รับบริการ

☐ ๔.๖.๔ มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อับชื้น ไม่มีกลิ่นเหม็น

☐ ๔.๖.๕ มีแสงสว่างเพียงพอ

☐ ๔.๖.๖ มีเสื้อผ้าที่เหมาะสมและเพียงพอกับผู้รับบริการ

๔.๗ การผดุงครรภ์ไทย (หากมีบริการ)

☐ ๔.๗.๑ มียาสมุนไพร โดยให้ระบุ วัน เดือน ปีที่ผลิต และวันที่หมดอายุ ดังนี้

☐ ๑) ยาขับน้ำคาวปลา ☐ ๔) ยาครรภ์รักษา

☐ ๒) ยาบำรุงโลหิต ☐ ๕) ยาแก้ลม วิงเวียน

☐ ๓) ยาบำรุงน้ำนม

☐ ๔.๗.๒ อุปกรณ์ดูแลการผดุงครรภ์ไทย

☐ ๑) ผ้ากันเปื้อน ๑ ผืน

☐ ๒) ผ้าพลาสติกปูรองคลอด ๑ ผืน

☐ ๓) ผ้าเช็ดมือ ๒ ผืน

☐ ๔) หมวกคลุมผม ๑ ใบ

☐ ๕) กรรไกรปลายป้านสำหรับตัดสายสะดือ ๑ อัน

☐ ๖) ลูกยางโป่งสำหรับสวนอุจจาระ ๑ อัน

☐ ๗) ลูกโป่งยางสำหรับดูดเลือด ๑ อัน

☐ ๘) ชามกลม ๑ ใบ

☐ ๙) ชามรูปไต ๑ ใบ

☐ ๑๐) เชือกผูกสะดือ ผ้าห่อสะดือ ๑ ห่อ

☐ ๑๑) แปรงล้างมือ ๑ อัน

☐ ๑๒) คีมคีบเครื่องมือต้ม ๑ อัน

☐ ๑๓) สบู่ และกล่องสบู่ ๑ ชุด

☐ ๑๔) แอลกอฮอล์ ๑ ขวด

☐ ๑๕) ทิงเจอร์ไอโอดีน ๕๐ ซีซี ๑ ขวด

☐ ๑๖) ยาหยอดตา หรือ ขี้ผึ้งปฏิชีวนะป้ายตาเด็ก ๑ ขวด หรือหลอด

☐ ๑๗) แอมโมเนีย

☐ ๑๘) มีดโกนหนวดหรือมีดโกน ๑ เล่ม

☐ ๑๙) ด่างทับทิม ๑ ตลับ

☐ ๒๐) สำลี

☐ ๒๑) ผ้าอนามัย

☐ ๔.๗.๓ มีห้องหรือบริเวณที่เตรียมอุปกรณ์ในการทับหม้อเกลือ

☐ ๑) อยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

☐ ๒) แหล่งของความร้อนเพื่อให้หม้อเกลือสมุนไพรร้อน

☐ ๒.๑) กรณีใช้เตาถ่าน บริเวณใกล้เคียงต้องไม่ติดไฟง่าย

☐ ๒.๒) กรณีใช้แก๊ส ต้องมีวาวเปิด – ปิด และมีระบบตัดแก๊ส

☐ ๒.๓) กรณีใช้เตาไฟฟ้า ต้องมีระบบเปิด –ปิด เตาไฟฟ้าและมีระบบป้องกันไฟฟ้ารั่วและไฟฟ้าลัดวงจร

☐ ๓) มีอุปกรณ์ดับเพลิง (ตามข้อ ๑.๑๐)

๔.๘ มีระบบประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

☐ ๑. มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อฉุกเฉินติดไว้ในที่เห็นชัดเจน

☐ ๒. มีแผนและขั้นตอนการช่วยเหลือเบื้องต้น และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย

หมายเหตุ : กรณีที่คลินิกยังไม่ได้รับใบอนุญาตให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ

ส่วนที่ ๓ ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิก

☐ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

๑. สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่.....

.....

๒. ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ.....

ผู้ขออนุญาตดำเนินการ.....

๓. ลักษณะสถานพยาบาล.....

๔. ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

☐ อนุญาตมีเงื่อนไขโดยให้ปรับปรุง (โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสมของสภาพปัญหา แต่ทั้งนี้ ไม่ควรเกิน ๓๐ วัน หรือตามความเห็นของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาล)

คณะอนุกรรมการสถานพยาบาล หมายถึง คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด (ในส่วนภูมิภาค) หรือคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ในเขตกรุงเทพมหานคร)

จากการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทคลินิก พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นต้องแก้ไข ปรับปรุงก่อนการประชุมของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุญาต ได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

( ) ( )

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

( ) ( )

ข้าพเจ้าผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล /ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ได้รั บทราบผลการตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิกแล้ว และขอรับรองว่าพนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล เสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือ

( ) ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

( )

วัน.....เดือน.....ปี.....

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกการแพทย์แผนไทย ด้านการนวดไทย

☐ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ตามที่ (ระบุชื่อเต็ม / ของบุคคล / นิติบุคคล).....
.....ได้ยื่นคำขอประกอบกิจการสถานพยาบาล
และ.....ได้ยื่นคำขอดำเนินการสถานพยาบาล
ไว้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สถานพยาบาลชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
วัน/เวลา ที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (ระบุรายละเอียดวัน/เวลา ทำการ).....
.....

พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตรวจตามที่ขออนุญาตเมื่อวันที่..../...../.....ปรากฏผลการตรวจดังนี้คือ

๑. ผู้ดำเนินการที่ยื่นคำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

☐ ๑.๑ หนังสือรับรองตนเองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่สามารถดูแลสถานพยาบาลได้อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มีเวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

☐ ๑.๒ กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา /อบรม เพิ่มเติม ต้องมี หนังสือ รับรองเรื่องระยะเวลาการศึกษา/อบรมจากสถาบันนั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

☐ ๒.๑ มีสำเนา เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่ อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิก จากผู้มีกรรมสิทธิ์ /ผู้ครอบครองพื้นที่ดังกล่าว เช่น สำเนา โฉนดที่ดิน หรือสำเนาสัญญาเช่า หรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่

๓. ลักษณะที่ตั้ง

☐ อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ ☐ อาคารอยู่อาศัย ☐ ห้องแถว
☐ ตึกแถว ☐ บ้านแถว ☐ บ้านแฝด
☐ ศูนย์การค้า ☐ อาคารพาณิชย์.....ชั้น ตั้งอยู่ชั้นที่.....
☐ คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย ☐ คอนโดมิเนียมสำนักงาน
☐ อื่น ๆ .....

๔. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

ชั้น ๑ .....
.....
.....

ชั้น ๒ .....
.....
.....

ชั้น ๓ .....
.....
.....
ชั้น ๔ .....
.....
.....
ชั้น ๕ .....
.....
.....

๕. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ ๒ การตรวจลักษณะสถานพยาบาล

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน □ ใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อถูกต้อง และเครื่องหมาย ✘ เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในกรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้นๆ ให้ทำเครื่องหมาย **– ใน ช่อง** □

๑. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล

□ ๑.๑ ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

□ ๑.๒ อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย

□ ๑.๓ บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย

□ ๑.๓.๑ มีพื้นที่ที่ให้บริการโดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดของอาคารหรือห้องต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้

□ ๑.๓.๒ มีส่วนพักที่คอยตรวจที่เหมาะสมที่มีพนักพิงอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง

□ ๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

□ ๑.๔.๑ ขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร

□ ๑.๕ มีห้องตรวจหรือห้องให้การรักษาเป็นสัดส่วนและมิดชิด

□ ๑.๕.๑ ห้องตรวจต้องมีประตูเปิด-ปิดอย่างชัดเจน กั้นเป็นสัดส่วน และภายในห้องต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค ๑ ตัว เตียงตรวจโรค ๑ เตียง ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด - ปิดน้ำ สบู่เหลว และผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว

□ ๑.๕.๒ ห้องให้การรักษา ต้องเป็นสัดส่วนและมิดชิด และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

□ ๑.๕.๓ ภายในห้องตรวจหรือห้องให้การรักษาต้องไม่ติดตั้งกล้องวงจรปิด

□ ๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง กรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้า หรืออาคารลักษณะเป็นสถานที่รวม เช่น อาคารสำนักงาน คอนโดมิเนียม เป็นต้น ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้โดยหลักอนุโลม

□ ๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ

□ ๑.๗.๑ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ต้องมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม

☐ ๑.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม โดยต้องมีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม

☐ ๑.๘.๑ ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิด**วางคู่กันทุกห้อง**

☐ ๑.๘.๒ ภาชนะเป็นชนิดที่ใช้เท้าเหยียบสำหรับเปิด-ปิด

☐ ๑.๘.๓ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ที่ชัดเจนบริเวณถุง

☐ ๑.๙ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก (ส.พ.๒๓)

☐ ๑.๑๐ มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็น สามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น

☐ ๑.๑๑ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล

๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

☐ ๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น

☐ ๒.๒ ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี

☐ ๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น

☐ ๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน

☐ ๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

☐ ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

☐ ๓.๑ มีป้ายชื่อคลินิกการแพทย์แผนไทย ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้ายโดยมีลักษณะดังนี้คือ

☐ ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร

☐ ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า “คลินิกการแพทย์แผนไทย” นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อ

☐ ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร คลินิกการแพทย์แผนไทย ใช้**พื้นสีขาว ตัวอักษรสีน้ำเงิน**

☐ ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็น **ตัวเลขอารบิคสีน้ำเงิน**

☐ ๓.๒ ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม

☐ ๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินจริง หรืออา จสื่อให้เข้าใจผิด ในสาระ สำคัญดังต่อไปนี้

☐ ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกการแพทย์แผนไทย”

☐ ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอัก ษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย

☐ ๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช้คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกการแพทย์แผนไทย

☐ ๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

☐ ๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีที่ผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือนิติ บุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือหมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก

☐ ๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกค ลินิกและตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

☐ ๓.๕ แสดงใบอนุญาตติดในที่เปิดเผยและเหมาะสม

☐ ๓.๕.๑ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๗)

☐ ๓.๕.๒ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๙)

☐ ๓.๖ แสดงเอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนี ยมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) ไว้บริเวณด้านหน้าสถานพยาบาล

☐ ๓.๗ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบ วิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่มีหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ. ๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิก ดังต่อไปนี้

☐ ๓.๗.๑ ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และ ชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพพร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ (ออกใบโดยผู้อนุญาต)

☐ ๓.๗.๒ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นดำ แต่งกายสุภาพ รูปถ่ายที่ถ่ายไม่เกิน ๑ ปี ขนาด ๘ เซนติเมตร x ๑๓ เซนติเมตร

☐ ๓.๗.๓ ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลบริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ

☐ ๓.๗.๔ แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงินและมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต

☐ ๓.๗.๕ หากมีผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของคลินิก (ตามหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ให้ยื่นแบบ ส.พ.๖ ทุกคน

☐ ๓.๘ แสดงอัตราค่าบริการ ด้าน การแพทย์แผนไทย ใน ที่เปิดเผยเห็นได้ง่ายด้วยตัวอักษรไทย (อาจ มีภาษาต่างประเทศร่วมด้วยได้) และต้องครอบคลุมที่ให้บริการ โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ ดังต่อไปนี้

☐ ๓.๘.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตรารักษาพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มีผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้มิได้และต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้

☐ ๓.๘.๒ แสดงในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิกที่ได้รับอนุญาต

☐ ๓.๘.๓ จัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์แสดงให้ผู้ป่วยทราบ

☐ ๓.๙ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงให้ ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด

☐ ๓.๑๐ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทย แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ

๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

๔.๑ เวชระเบียน

☐ ๔.๑.๑ มีที่เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และค้นหาได้ง่าย

☐ ๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตามกฎกระทรวง

☐ ๑) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย

☐ ๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย

☐ ๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ ๔.๑.๓ มี เวชระเบียน หรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด

☐ ๑) มีชื่อสถานพยาบาล และสถานที่ติดต่อ พร้อมเบอร์โทรศัพท์

☐ ๒) เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย

☐ ๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ ๔) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้ป่วย

☐ ๕) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย

☐ ๖) การวินิจฉัยโรค

☐ ๗) การรักษา

☐ ๘) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้การรักษาพยาบาล

๔.๒ เครื่องใช้ทั่วไป ในห้องตรวจโรค

☐ ๔.๒.๑ โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้สำหรับซักประวัติผู้มารับบริการ

☐ ๔.๒.๒ เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์

☐ ๔.๒.๓ ต้องมีบันไดขึ้นเตียง (Step)

☐ ๔.๒.๔ ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว

☐ ๔.๒.๕ เครื่องชั่งน้ำหนัก และอุปกรณ์วัดส่วนสูง อยู่ในห้องตรวจหรือบริเวณที่พักคอย

☐ ๔.๒.๖ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน

☐ ๔.๒.๗ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ ผ้าเช็ดมือ

๔.๓ ห้องนวด/ห้องประคบ ให้มีขนาดและอุปกรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน

☐ ๔.๓.๑ มีขนาดและพื้นที่เหมาะสมกับการให้บริการนวด และจำนวนเตียง หากเป็นห้องนวดรวมต้องมีม่านกั้นระหว่างเตียงให้เป็นสัดส่วน มีที่ว่างระหว่างเตียงหรือที่ว่างระหว่างเบาะนวด (ในกรณียกพื้นสูง) ห่างกันไม่น้อยกว่า ๐.๘ เมตร

☐ ๔.๓.๒ เตียงนวดมีขนาดไม่น้อยกว่า ๑.๒๐ x ๒.๐๐ เมตร เบาะมีขนาดไม่น้อยกว่า ๐.๙ x ๑.๘๐ เมตร ความสูงของเตียงมีความเหมาะสมกับการให้บริการนวดโดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

☐ ๔.๓.๓ เบาะที่นอนเป็นที่นอนที่เหมาะสมต่อการนวด หุ้มด้วยวัสดุคงทน และมีผ้าปูที่นอน หมอนพร้อมปลอกหมอน ผ้าคลุมตัว

☐ ๔.๓.๔ หากมีการประคบสมุนไพรในห้องนวดให้เพิ่มอุปกรณ์ ดังนี้

☐ ๑) ภาชนะล้างมือพร้อมสบู่ และผ้าเช็ดมือที่สะอาด

☐ ๒) พัดลมระบายอากาศหรือระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก

☐ ๓) มีที่วางหม้อน้ำร้อนนึ่งลูกประคบอย่างเหมาะสมคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการ

☐ ๔.๓.๕ สัดส่วนการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพ เตียงให้บริการ ไม่เกิน ๑ : ๔

๔.๔ ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ให้มีขนาดและอุปกรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน

☐ ๔.๔.๑ แยกห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าชาย – หญิง แต่หากไม่สามารถแยกห้องชาย – หญิง ได้ ต้องบริหารจัดการเรื่องเวลาการใช้ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าของผู้รับบริการชาย หญิง ได้อย่างเหมาะสม

☐ ๔.๔.๒ ขนาดห้องมีความเหมาะสมกับผู้รับบริการ

☐ ๔.๔.๓ มีจำนวนเพียงพอกับผู้รับบริการ

☐ ๔.๔.๔ มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อับชื้น ไม่มีกลิ่นเหม็น

☐ ๔.๔.๕ มีแสงสว่างเพียงพอ

☐ ๔.๔.๖ มีเสื้อผ้าที่เหมาะสมและเพียงพอกับผู้รับบริการ

๔.๕ ห้องอบไอน้ำสมุนไพร (หากมีบริการ) ให้มีขนาดและอุปกรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน มาตรฐาน และมีป้ายแนะนำข้อห้าม และข้อควรระวัง

☐ ๔.๕.๑ ห้องอบไอน้ำสมุนไพรเดี่ยว

☐ ๑) ขนาดห้องไม่น้อยกว่า ๑.๒๐ x ๑.๒๐ เมตร ความสูงของเพดาน ไม่น้อยกว่า ๒.๐๐ เมตร

☐ ๒) พื้น ผนัง ฝ้าทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ทนน้ำ ไม่ทาสี และทำความสะอาดง่าย

☐ ๓) ประตูทำด้วยวัสดุทนน้ำ มีความกว้างไม่น้อยกว่า ๐.๘ เมตร หรือมีความกว้างที่สามารถให้รถเข็นผู้ป่วย เข้า-ออก ประตูได้สะดวก ประตูเปิดออกจากภายใน ด้านบนของประตูหรือบานเลื่อนมีช่องมองเป็นกระจกใสที่อยู่ในระดับสายตา และไม่มีอุปกรณ์ล็อค/ขัดปิด/ตรึงประตู

☐ ๔) ที่นั่ง/เก้าอี้ ในห้องอบไอน้ำทำด้วยวัสดุทนความร้อน และไม่มีเชื้อรา

☐ ๕) มีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก

☐ ๖) มีแสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นสิ่งต่างๆ ในห้องได้ชัดเจน หลอดไฟใช้ชนิดกันความชื้นหรือหลอดไฟชนิดที่มีฝาครอบ

☐ ๗) มีที่วัดอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพรได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

☐ ๘) มีระบบบันทึกการควบคุมอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพร ในวันที่มีการใช้งานอย่างน้อย ๑ ครั้ง โดยให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง ๔๒ – ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๙) มีกริ่ง/กระดิ่งสัญญาณที่ไม่ใช้ระบบไฟฟ้าเรียกในกรณีฉุกเฉิน

☐ ๑๐) มีสัญญาณเตือนบอกเวลา

☐ ๑๑) มีระบบป้องกันไฟฟ้ารั่วและไฟฟ้าลัดวงจร

☐ ๑๒) มีที่นั่งพักรอหน้าห้องอบไอน้ำสมุนไพร พร้อมน้ำดื่ม

☐ ๑๓) ท่อส่งกระจายไอน้ำในห้องอบสมุนไพร ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนความร้อนได้ดี มีฉนวนหุ้มไม่รั่วซึม มีการออกแบบให้กระจายความร้อนได้ทั่วถึง ติดตั้งอยู่ในที่ปลอดภัย หรือไม่อยู่ในตำแหน่งที่ผู้รับบริการสัมผัสง่าย

☐ ๑๔) กรณีมีหม้อต้มไอน้ำที่มีระบบไอน้ำผ่านท่อไปยังห้องอบสมุนไพร หม้อต้มต้องทำด้วยสแตนเลส มีความแข็งแรง ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่ว มีระบบแยกสมุนไพรออกจากน้ำ มีระบบควบคุมความปลอดภัย และมีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๑๕) กรณีมีหม้อต้มไอน้ำที่ไม่มีระบบไอน้ำผ่านท่อไปยังห้องอบสมุนไพร หม้อต้มทำด้วยวัสดุที่มีความปลอดภัย ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่วและมีระบบควบคุมความป ลอดภัย ทนความร้อนได้ดี และมีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๔.๕.๒ ห้องอบไอน้ำสมุนไพรรวม

☐ ๑) แยกห้องชาย – หญิง หรือถ้าไม่สามารถแยกได้ต้องบริหารจัดการเรื่องเวลาการให้บริการแก่ผู้รับบริการชาย-หญิง ได้อย่างเหมาะสม

☐ ๒) ขนาดห้องไม่น้อยกว่า ๑.๕ x ๒ เมตร ความสูงของเพดาน ไม่น้อยกว่า ๒.๐๐ เมตร

☐ ๓) พื้น ผนัง ฝ้าทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ทนน้ำ ไม่ทาสี และทำความสะอาดง่าย

☐ ๔) ประตูทำด้วยวัสดุทนน้ำ มีความกว้างไม่น้อยกว่า ๐.๘ เมตร หรือมีความกว้างที่สามารถให้รถเข็นผู้ป่วย เข้า-ออก ประตูได้สะดวก ประตูเปิดออกจากภายใน ด้านบนของประตูหรือบานเลื่อนมีช่องมองเป็นกระจกใสที่อยู่ในระดับสายตา และไม่มีอุปกรณ์ล็อค/ขัดปิด/ตรึงประตู

☐ ๕) ที่นั่ง/เก้าอี้ ในห้องอบไอน้ำทำด้วยวัสดุทนความร้อน และไม่มีเชื้อรา

☐ ๖) มีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก

☐ ๗) มีแสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นสิ่งต่างๆ ในห้องได้ชัดเจน หลอดไฟใช้ชนิดกันความชื้นหรือหลอดไฟชนิดที่มีฝาครอบ

☐ ๘) มีที่วัดอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพรได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

☐ ๙) มีระบบบันทึกการควบคุมอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพร ในวันที่มีการใช้งานอย่างน้อย ๑ ครั้ง โดยให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง ๔๒ – ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๑๐) มีกริ่ง/กระดิ่งสัญญาณที่ไม่ใช้ระบบไฟฟ้าเรียกในกรณีฉุกเฉิน

☐ ๑๑) มีสัญญาณเตือนบอกเวลา

☐ ๑๒) มีระบบป้องกันไฟฟ้ารั่วและไฟฟ้าลัดวงจร

☐ ๑๓) มีที่นั่งพักรอหน้าห้องอบไอน้ำสมุนไพร พร้อมน้ำดื่ม

☐ ๑๔) ท่อส่งกระจายไอน้ำในห้องอบสมุนไพร ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนความร้อนได้ดี มีฉนวนหุ้มไม่รั่วซึม มีการออกแบบให้กระจายความร้อนได้ทั่วถึง ติดตั้งอยู่ในที่ปลอดภัย หรือไม่อยู่ในตำแหน่งที่ผู้รับบริการสัมผัสง่าย

☐ ๑๕) กรณีมีหม้อต้มไอน้ำที่มีระบบไอน้ำผ่านท่อไปยังห้องอบสมุนไพร หม้อต้มต้องทำด้วยสแตนเลส มีความแข็งแรง ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่ว มีระบบแยกสมุนไพรออกจากน้ำ มีระบบควบคุมความปลอดภัย และมีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๑๖) กรณีมีหม้อต้มไอน้ำที่ไม่มีระบบไอน้ำผ่านท่อไปยังห้องอบสมุนไพร หม้อต้มทำด้วยวัสดุที่มีความปลอดภัย ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่วและมีระบบควบคุมความปลอดภัย ทนความร้อนได้ดี และมีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๔.๕.๓ ตู้อบไอน้ำสมุนไพร

☐ ๑) ขนาดของตู้อบไอน้ำสมุนไพรเหมาะสมกับจำนวน และขนาดของผู้รับบริการ

☐ ๒) ประตูทำด้วยวัสดุทนน้ำ เปิดออกจากภายใน และสามารถเข้า – ออก ได้สะดวก ด้านบนของบานเลื่อนมีช่องมองเป็นกระจกใสที่อยู่ในระดับสายตา และไม่มีอุปกรณ์ล็อค/ขัดปิด/ตรึง

☐ ๓) หม้อต้มสมุนไพรทำจากวัสดุปลอดภัย ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่ว และมีระบบควบคุมความปลอดภัย

☐ ๔) หม้อต้มสมุนไพรวางอยู่ในตำแหน่งที่ปลอดภัย

☐ ๕) พื้น ผนัง ฝ้าทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ทนน้ำ ไม่ทาสี และทำความสะอาดง่าย

☐ ๖) ที่นั่ง/เก้าอี้ ในห้องอบไอน้ำทำด้วยวัสดุทนความร้อน และไม่มีเชื้อรา

☐ ๗) มีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก

☐ ๘) มีแสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นสิ่งต่างๆ ในห้องได้ชัดเจน หลอดไฟใช้ชนิดกันความชื้นหรือหลอดไฟชนิดที่มีฝาครอบ

☐ ๙) มีที่วัดอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพรได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

☐ ๑๐) มีระบบบันทึกการควบคุมอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพร ในวันที่มีการใช้งานอย่างน้อย ๑ ครั้ง โดยให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง ๔๒ – ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๑๑) มีกริ่ง/กระดิ่งสัญญาณที่ไม่ใช้ระบบไฟฟ้าเรียกในกรณีฉุกเฉิน

☐ ๑๒) มีสัญญาณเตือนบอกเวลา

☐ ๑๓) มีระบบป้องกันไฟฟ้ารั่วและไฟฟ้าลัดวงจร

☐ ๑๔) มีที่นั่งพักรอหน้าห้องอบไอน้ำสมุนไพร พร้อมน้ำดื่ม

☐ ๔.๕.๔ กระโจมอบไอน้ำสมุนไพร

☐ ๑) เป็นกระโจมที่ผู้รับบริการเข้าได้ทั้งร่างกาย โดยไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายยื่นออกจากกระโจม และสามารถเข้าออกได้สะดวก

☐ ๒) ขนาดของกระโจมมีความเหมาะสมกับจำนวนและขนาดผู้รับบริการ

☐ ๓) ทำจากผ้าที่ระบายอากาศได้ดีและสะอาด

☐ ๔) หม้อต้มสมุนไพรทำจากวัสดุที่มีความปลอดภัย ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่ว

☐ ๕) มีวัสดุอุปกรณ์สำหรับป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการสัมผัสหม้อต้มสมุนไพรได้ง่าย

☐ ๖) เก้าอี้ในกระโจมทำด้วยวัสดุทนความร้อน และไม่มีเชื้อรา

☐ ๗) บริเวณพื้นที่ตั้งกระโจมต้องไม่ลื่น

๔.๖ มีระบบประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

☐ ๑. มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อฉุกเฉินติดไว้ในที่เห็นชัดเจน

☐ ๒. มีแผนและขั้นตอนการช่วยเหลือเบื้องต้น และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย

หมายเหตุ : กรณีที่คลินิกยังไม่ได้รับใบอนุญาตให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ

ส่วนที่ ๓ ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิก

☐ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

๑. สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่.....

.....

๒. ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ.....

ผู้ขออนุญาตดำเนินการ.....

๓. ลักษณะสถานพยาบาล.....

๔. ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

☐ อนุญาตมีเงื่อนไขโดยให้ปรับปรุง (โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสมของสภาพปัญหา แต่ทั้งนี้ ไม่ควรเกิน ๓๐ วัน หรือตามความเห็นของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาล)

คณะอนุกรรมการสถานพยาบาล หมายถึง คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด (ในส่วนภูมิภาค) หรือคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ในเขตกรุงเทพมหานคร)

จากการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทคลินิก พนัก งานเจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นต้องแก้ไข ปรับปรุงก่อนการประชุมของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุญาต ได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

( ) ( )

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

( ) ( )

ข้าพเจ้าผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล /ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ได้รับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิกแล้ว และขอรับรองว่าพนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบกิ จการสถานพยาบาล เสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือ

( ) ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

( )

วัน.....เดือน.....ปี.....

รายการยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบัน 52 รายการ (ปรับปรุงล่าสุดตามประกาศ
กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบัน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๐)

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
1. ยาแก้ปวดท้อง ท้องอืด ท้องขึ้น ท้องเฟ้อ	1	ยาเม็ดลดกรด อะลูมินา-แมกนีเซีย	ในสูตรตำรับ 1 เม็ด ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Aluminium Hydroxide 200-600 mg. Magnesium Hydroxide 200-400 mg.	บรรเทาอาการจุกเสียด ท้องขึ้น ท้องเฟ้อ และปวดท้อง เนื่องจากมีกรดมาก ในกระเพาะอาหารหรือแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้	เคี้ยวยาก่อนกลืน รับประทานก่อนอาหาร 1/2 ชั่วโมง หรือหลังอาหาร 1 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการ ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 1-4 เม็ด เด็ก 6-12 ปี รับประทานครั้งละ 1-2 เม็ด	1) ห้ามใช้ในผู้ที่เป็นโรคหัวใจหรือโรคไต 2) ไม่ควรรับประทานเป็นเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ นอกจากแพทย์สั่ง สำหรับตำรับที่มี Low Sodium คือ มีผลวิเคราะห์ที่แสดงว่ามีปริมาณของ Sodium ในขนาดรับประทานต่อวันไม่เกิน 5 mEq (115 mg.) ให้แจ้งคำเตือนดังนี้ 1) ห้ามใช้ในผู้ที่เป็นโรคไต 2) ไม่ควรรับประทานเป็นเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ นอกจากแพทย์สั่ง	เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	แผงพลาสติกหรืออลูมิเนียมละ 4 และ 10 เม็ด

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
	2	ยาน้ำลดกรดอะลูมินา-แมกนีเซีย	ในสูตรตำรับ 5 มิลลิลิตรประกอบด้วยตัวยาสำคัญคือ Aluminium Hydroxide 165-650 mg. Magnesium Hydroxide 103-500 mg.	บรรเทาอาการจุกเสียด ท้องขึ้น ท้องเฟ้อ และปวดท้องเนื่องจากมีกรดมาก ในกระเพาะอาหารหรือแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้	เขย่าขวดก่อนใช้ยา รับประทานก่อนอาหาร 1/2 ชั่วโมง หรือหลังอาหาร 1 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการ ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 1-4 ช้อนชา เด็ก 6-12 ปี รับประทานครั้งละ 1-2 ช้อนชา เด็ก 3-6 ปี รับประทานครั้งละ 1/2-1 ช้อนชา	1) ห้ามใช้ในผู้ที่เป็นโรคหัวใจหรือโรคไต 2) ไม่ควรรับประทานเป็นเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ นอกจากแพทย์สั่ง สำหรับตำรับที่มี Low Sodium คือ มีผลวิเคราะห์ที่แสดงว่ามีปริมาณของ Sodium ในขนาดรับประทานต่อวันไม่เกิน 5 mEq (115 mg.) ให้แจ้งคำเตือนดังนี้ 1) ห้ามใช้ในผู้ที่เป็นโรคไต 2) ไม่ควรรับประทานเป็นเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ นอกจากแพทย์สั่ง	เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	ขวดละ 240 มิลลิลิตร และ 450 มิลลิลิตร

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
	3	ยาเม็ดแก้ท้องอืด ท้องเฟ้อโซดามินท์	ในสูตรตำรับ 1 เม็ดประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Sodium Bicarbonate 300 mg. Peppermint Oil 0.003 ml.	บรรเทาอาการจุกเสียด ลดอาการระคายเคือง เนื่องจากมีกรดมากในกระเพาะอาหาร	รับประทานหลังอาหาร 1 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการ ผู้ใหญ่รับประทานครั้งละ 3-6 เม็ด เด็ก 6-12 ปี รับประทานครั้งละ 1-3 เม็ด	1) ห้ามใช้ในผู้ที่เป็นโรคไต 2) ไม่ควรรับประทานเป็นเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ นอกจากแพทย์สั่ง	เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	แผงพลาสติก หรืออลูมิเนียมละ 4 และ 10 เม็ด
	4	ยาขับลม	ในสูตรตำรับ 15 มิลลิลิตร ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Capsicum Tincture 0.060-0.500 ml. Compound Cardamom Tincture 0.035-1.800 ml. Strong Ginger Tincture 0.024-0.240 ml.	บรรเทาอาการท้องขึ้น ท้องอืด ท้องเฟ้อ และขับลมในกระเพาะอาหาร	เขย่าขวดก่อนใช้ยา รับประทานวันละ 3-4 ครั้ง ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 1 หรือ 2 ช้อนโต๊ะ เด็ก 6-12 ปี รับประทานครั้งละ 1/2 หรือ 1 ช้อนโต๊ะ	ยานี้มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ .....% ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง	เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส และป้องกัน ไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดละ 180 มิลลิลิตร 240 มิลลิลิตร และ 450 มิลลิลิตร

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
	5	ยาแก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ ยาธาตุ น้ำแดง	ในสูตรตำรับ 15 มิลลิลิตร ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Sodium Bicarbonate 0.15-0.60 g. Compound Rhubarb Tincture 0.50-2.00 ml. และ/หรือ Tincture อื่นๆ ที่มีสรรพคุณทางยา ได้แก่ Compound Cardamom Tincture 0.01-1.00 ml. Compound Gentian Tincture 0.18-1.10 ml. Compound Tinospora Tincture 0.50 ml. Weak Ginger Tincture 0.48-2.01 ml. Strong Ginger Tincture 0.10-0.30 ml. Nux Vomica Tincture 0.09-0.10 ml. Ipecacuanha Tincture 0.18-0.30 ml. และ/หรือ volatile Substance อื่นๆ ที่มีสรรพคุณทางยาได้แก่ Peppermint Spirit 0.15-0.30 ml. Peppermint Oil 0.03-0.20 ml. Menthol 0.05-0.30 ml. Concentrated Dill Water 0.10 ml. Camphor 19.00 mg.	บรรเทาอาการปวดท้อง เนื่องจากจุกเสียด ท้องขึ้น ท้องเฟ้อ	เขย่าขวดก่อนใช้ยา รับประทานก่อนอาหารวันละ 3 ครั้ง ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 1 หรือ 2 ช้อนโต๊ะ เด็ก 6-12 ปี รับประทานครั้งละ 1/2 หรือ 1 ช้อนโต๊ะ	1) ห้ามใช้ในผู้ที่เป็นโรคหัวใจหรือโรคไต 2) ไม่ควรรับประทานเป็นเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ นอกจากแพทย์สั่ง 3) ยานี้มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ …..% ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง	เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส และป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดละ 180 มิลลิลิตร 240 มิลลิลิตร และ 450 มิลลิลิตร

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
	6	ยาน้ำแก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ โซเดียม ไบคาร์บอเนต	ในสูตรตำรับ 5 มิลลิลิตร ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือSodium Bicarbonate 50 mg. โดยในสูตรตำรับไม่อนุญาตให้ใช้ Alcohol เป็นส่วนผสม	บรรเทาอาการท้องอืด ท้องขึ้น ท้องเฟ้อ เนื่องจากมีกรดมากในกระเพาะอาหาร	ใช้ป้อนให้ทารกและเด็กหลังอาหารหรือเมื่อมีอาการ ไม่ควรให้เกินวันละ 6 ครั้ง เด็กอายุ 2-3 ปี ครั้งละ 2-3 ช้อนชา เด็กอายุ 6-12 เดือน ครั้งละ 2 ช้อนชา เด็กอายุ 1-6 เดือน ครั้งละ 1 ช้อนชา ทารกแรกเกิด-1 เดือน ไม่ควรใช้	1) ห้ามใช้ในผู้ที่เป็นโรคหัวใจหรือโรคไต 2) ไม่ควรรับประทานเป็นเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ นอกจากแพทย์สั่ง	เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส และป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดละ 60 มิลลิลิตร
	7	ยาทาแก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ ทิงเจอร์มหาหิงคุ์	ในสูตรตำรับ ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Asafetida 20 % w/v	บรรเทาอาการท้องขึ้น ท้องเฟ้อ ปวดท้องในเด็ก	ทาบางๆ ที่หน้าท้อง วันละ 2-3 ครั้ง	ห้ามรับประทาน	เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส และป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดละ 15 มิลลิลิตร 30 มิลลิลิตร และ 60 มิลลิลิตร

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
2. ยาแก้ท้องเสีย	8	ยาแก้ท้องเสีย ผงน้ำตาลเกลือแร่	ในสูตรตำรับ 1 ซอง ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Sodium Chloride 0.875 g. Sodium Bicarbonate 0.625 g. Potassium Chloride 0.375 g. Glucose - Anhydrous 5.000 g. หรือในสูตรตำรับ 1 ซอง ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Sodium Chloride 0.875 g. Trisodium Citrate Dihydrate 0.725 g.. Potassium Chloride 0.375 g. Glucose Anhydrous 5.000 g.	ทดแทนการเสียน้ำในรายที่มีอาการท้องร่วง หรือในรายที่มีอาเจียนมากๆ และป้องกันการช็อคเนื่องจากการที่ร่างกายขาดน้ำ	เทผงยาทั้งซอง ละลายในน้ำสะอาด เช่น น้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว ประมาณ 250 มิลลิลิตร (1 แก้ว) ให้ดื่มมากๆ เมื่อเริ่มมีอาการท้องร่วง ถ้าถ่ายบ่อยให้ดื่มบ่อยครั้งขึ้น ถ้าอาเจียนด้วยให้ดื่มทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง เด็กอายุมากกว่า 2 ปี-ผู้ใหญ่ ให้ดื่มสารละลายเกลือแร่ประมาณ 1 แก้ว (250 มิลลิลิตร) ต่อการถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง หรือตามความกระหายของผู้ป่วย	1) ผู้ที่เป็นโรคหัวใจหรือโรคไต ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ 2) ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการอาเจียนมาก เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไป หรือหมดสติ ควรนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยด่วน	1) เก็บในที่แห้งและป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด 2) ยาที่ละลายน้ำแล้วเกิน 24 ชั่วโมง ไม่ควรใช้	1 ซองสำหรับผสมน้ำ 250 มิลลิลิตร

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
					เด็กอ่อน-เด็กอายุ 2 ปี ให้ดื่มทีละน้อย สลับกับน้ำเปล่า ประมาณวันละ 3 ซองหรือมากพอที่คนไข้ต้องการและดื่มต่อไปจนกว่าอาการจะดีขึ้น			
3. ยาระบาย	9	ยาระบายกลีเซอรีน ชนิดเหน็บทวาร สำหรับเด็ก	ในสูตรตำรับ 1 แท่ง ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Glycerin 91 % w/w	สำหรับบรรเทาอาการท้องผูก ใช้เหน็บทวารหนักเพื่อช่วยการขับถ่าย	ใช้เหน็บทวารหนักครั้งละ 1 แท่ง เมื่อต้องการ ควรรอไว้ 15 นาที เพื่อให้ตัวยาละลาย	ไม่ควรใช้เป็นประจำ	เก็บในตู้เย็น และป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	แท่งละ 1.5 กรัม บรรจุแผง
	10	ยาระบายกลีเซอรีน ชนิดเหน็บทวาร สำหรับผู้ใหญ่	ในสูตรตำรับ 1 แท่ง ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Glycerin 91 % w/w	สำหรับบรรเทาอาการท้องผูก ใช้เหน็บทวารหนักเพื่อช่วยการขับถ่าย	ใช้เหน็บทวารหนักครั้งละ 1 แท่ง เมื่อต้องการ ควรรอไว้ 15 นาที เพื่อให้ตัวยาละลาย	ไม่ควรใช้เป็นประจำ	เก็บในตู้เย็น และป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	แท่งละ 2.55 กรัม บรรจุแผง
	11	ยาระบาย แมกนีเซีย	ในสูตรตำรับ 15 มิลลิลิตร ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือMagnesium Hydroxide 1.2 g.	ยาระบาย	เขย่าขวดก่อนใช้ยา รับประทานก่อนนอนหรือตื่นนอนเช้า ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 2-3 ช้อนโต๊ะ (30-45 มิลลิลิตร)	1) ห้ามใช้เมื่อมีอาการปวดท้อง หรือคลื่นไส้อาเจียน 2) ไม่ควรรับประทานเป็นประจำ	เก็บที่อุณหภูมิระหว่าง 15-30 องศาเซลเซียส	ขวดละ 60 มิลลิลิตร และ120 มิลลิลิตร

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
					เด็ก 6-12 ปี รับประทานครั้งละ 1-2 ช้อนโต๊ะ (15-30 มิลลิลิตร) เด็ก 1-6 ปี รับประทานครั้งละ 1-3 ช้อนชา (5-15 มิลลิลิตร)			
	12	ยาระบาย มะขามแขก	ในสูตรตำรับ 1 เม็ด ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ ฝักมะขามแขกที่เอาเมล็ดออกแล้ว ซึ่งมีปริมาณ Sennosides เทียบเท่ากับ Sennoside B 7.5 mg.	ยาระบาย	รับประทานก่อนนอนหรือตื่นนอนเช้า ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 3-4 เม็ด เด็ก 6-12 ปี รับประทานครั้งละ 1-2 เม็ด	1) ห้ามใช้เมื่อมีอาการปวดท้องหรือคลื่นไส้อาเจียน 2) หญิงมีครรภ์หรือให้นมบุตรควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยา 3) ไม่ควรรับประทานเป็นประจำ	เก็บในที่แห้งและอุณหภูมิต่ำกว่า 30 องศาเซลเซียส	แผงพลาสติกหรืออลูมิเนียมละ 4 และ10 เม็ด
	13	ยาระบาย โซเดียม คลอไรด์ ชนิดสวนทวาร	ในสูตรตำรับ ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Sodium Chloride 15 % w/v	สำหรับบรรเทาอาการท้องผูก ใช้สวนทวารให้ถ่ายอุจจาระ	สวนเข้าทางทวารหนัก แล้วกลั้นไว้จนทนไว้ไหวจึงเข้าส้วม ผู้ใหญ่ ใช้ครั้งละ 20-40 มิลลิลิตร เด็ก 6-12 ปี ใช้ครั้งละ 10-20 มิลลิลิตร เด็ก 1-6 ปี ใช้ครั้งละ 5-10 มิลลิลิตร	ไม่ควรใช้เป็นประจำ	เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	หลอดพลาสติก 10 มิลลิลิตร และ 20 มิลลิลิตร

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
4. ยาถ่ายพยาธิลำไส้	14	ยาถ่ายพยาธิตัวกลม มีเบนดาโซล	ในสูตรตำรับ 1 เม็ด ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Mebendazole 100 mg.	ถ่ายพยาธิเส้นด้ายตัวกลม	เคี้ยวยาให้ละเอียดก่อนกลืน สำหรับพยาธิเส้นด้ายและพยาธิเข็มหมุด ทั้งเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปและผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเย็นเพียงครั้งเดียว สำหรับพยาธิตัวกลมอื่นๆ ได้แก่ พยาธิปากขอ พยาธิไส้เดือน และพยาธิแส้ม้า ทั้งเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปและผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็นติดต่อกัน 3 วัน และอาจรับประทานซ้ำอีก 1 เม็ด หลังจากการรักษาครั้งแรก 2 สัปดาห์ต่อมา	1) ไม่ควรใช้ในหญิงมีครรภ์ในระยะ 3 เดือนแรก และผู้ที่เป็นโรคตับ 2) ห้ามใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี	ป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	แผงพลาสติกหรืออลูมิเนียมละ 6 เม็ด

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
5. ยาบรรเทาปวด ลดไข้	15	ยาเม็ดบรรเทาปวด ลดไข้พาราเซตามอล 500 มก.	ในสูตรตำรับ 1 เม็ด ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Paracetamol 500 mg.	ลดไข้ บรรเทาอาการปวด	รับประทานหลังอาหารทันทีหรือขณะท้องไม่ว่าง แล้วดื่มน้ำตามมากๆ รับประทานทุกๆ 4–6 ชั่วโมงเมื่อมีอาการ ไม่ควรรับประทานเกินวันละ 5 ครั้ง ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 1-2 เม็ด เด็ก 6-12 ปี รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เด็ก 3-6 ปี รับประทานครั้งละ 1/2 เม็ด	1) ห้ามใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และหญิงมีครรภ์ระยะใกล้คลอด 2) ห้ามใช้สำหรับลดไข้ในผู้ที่ป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ อีสุกอีใส และไข้เลือดออก 3) ห้ามใช้ในผู้ที่เป็นโรคแผลในระบบทางเดินอาหารและโรคหอบหืด 4) ห้ามใช้สำหรับรักษาอาการปวดเมื่อยเนื่องจากการทำงานหนัก	เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	แผงพลาสติกหรืออลูมิเนียมละ 4 และ 10 เม็ด
	16	ยาเม็ดบรรเทาปวด ลดไข้พาราเซตามอล 325 มก.	ในสูตรตำรับ 1 เม็ด ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Paracetamol 325 mg.	ลดไข้ บรรเทาอาการปวด	รับประทานทุก 4 หรือ 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ ไม่ควรรับประทานเกินวันละ 4 ครั้ง ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 1-2 เม็ด	1) ถ้าใช้ยานี้เกินขนาดที่ระบุไว้บนฉลากหรือเอกสารกำกับยา จะทำให้เป็นพิษต่อตับได้ และไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเกิน 5 วัน	เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	แผงพลาสติกหรืออลูมิเนียมละ 4 และ 10 เม็ด

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
					เด็ก 6-12 ปี รับประทานครั้งละ 1/2-1 เม็ด	2) ผู้ที่เป็นโรคตับ โรคไต ควรปรึกษาแพทย์หรือ เภสัชกรก่อนใช้ยานี้ 3) ห้ามใช้สำหรับรักษาอาการปวดเมื่อยเนื่องจากการทำงานหนัก		
	17	ยาน้ำบรรเทาปวด ลดไข้พาราเซตามอล	ในสูตรตำรับ 5 มิลลิลิตร ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือParacetamol 120 mg. โดยในสูตรตำรับไม่อนุญาตให้ใช้ Alcohol เป็นส่วนผสม	ลดไข้ บรรเทาอาการปวด	รับประทานทุก 4 หรือ 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ ไม่ควรรับประทานเกินวันละ 5 ครั้ง - สำหรับขนาดบรรจุขวดละ 60 มิลลิลิตรพร้อมช้อนชาให้แสดงขนาดรับประทานดังนี้ เด็กอายุ 3-6 ปี รับประทานครั้งละ 1-2 ช้อนชา (5-10 มิลลิลิตร)	1) ถ้าใช้ยานี้เกินขนาดที่แนะนำ จะทำให้เป็นพิษต่อตับได้ และไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเกิน 5 วัน 2) ผู้ที่เป็นโรคตับ โรคไต ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนใช้ยานี้	เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	ขวดสีชา 30 มิลลิลิตรในกล่องกระดาษพร้อมหลอดหยด (1.2 มิลลิลิตร) และขวดสีชา 60 มิลลิลิตรในกล่องกระดาษพร้อมช้อนชา

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
					เด็กอายุ 1-3 ปี รับประทานครั้งละ 1/2-1 ช้อนชา (2.5-5 มิลลิลิตร) เด็กอายุ 6 เดือน-1 ปี รับประทานครั้งละ 1/2 ช้อนชา (2.5 มิลลิลิตร) - สำหรับขนาดบรรจุขวดละ 30 มิลลิลิตรพร้อมหลอดหยดให้แสดงขนาดรับประทานดังนี้ เด็กอายุ 4-5 เดือน รับประทานครั้งละ 2 หลอดหยด (2.4 มิลลิลิตร) เด็กอายุ 2-3 เดือน รับประทานครั้งละ 1/2 หลอดหยด (1.8 มิลลิลิตร) เด็กแรกเกิด –1 เดือน รับประทานครั้งละ 1 หลอดหยด (1.2 มิลลิลิตร)			

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
	18	พลาสเตอร์บรรเทาปวด	ในสูตรตำรับประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Volatile Substance ที่มีสรรพคุณทางยา และ/หรือ Herbal Extract และ/หรือ Herbal Substance หนึ่งหรือหลายชนิดผสมกัน ได้แก่ Borneol 0.21-1.00 %w/w Camphor 1.00-2.80 %w/w. Caoutchouc 30.00 %w/w Ethylene Glycol Salicylate 2.00-6.00 %w/w Eucalyptus Oil 0.50 %w/w Menthol 0.30-6.49 %w/w Methyl Salicylate 0.14-6.00 %w/w Peppermint Oil 0.50-2.00 %w/w Thymol 0.14-0.50 %w/w Capsaicin Extract 0.65 %w/w Polybutene 12.00 %w/w Capsicum Powder 11.00 %w/w Capsicum Oleoresin 3.00-11.00 %w/w และ/หรือ Zinc Oxide 14.00-22.00 %w/	ใช้บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ	เช็ดบริเวณผิวหนังที่จะปิดให้สะอาดและแห้ง ปิดพลาสเตอร์ตรงบริเวณที่มีอาการปวด ควรเปลี่ยนวันละ 1-2 ครั้ง	อย่าใช้พลาสเตอร์นี้ในบริเวณเยื่อบุอ่อน ตา หรือบริเวณบาดแผลเปิด	เก็บในที่เย็น และป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	10 แผ่น

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
6. ยาแก้แพ้ ลดน้ำมูก	19	(6.1) ยาเม็ดแก้แพ้ ลดน้ำมูก คลอร์เฟนิรามีน	ในสูตรตำรับ 1 เม็ด ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Chlorpheniramine Maleate 2 mg.	บรรเทาอาการแพ้ เช่น ลมพิษ น้ำมูกไหล	รับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 1-2 เม็ด ไม่ควรรับประทานเกินวันละ 12 เม็ด เด็ก 6-12 ปี รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ไม่ควรรับประทานเกินวันละ 6 เม็ด	1) ไม่ควรใช้ยาติดต่อกันนานเกิน 7 วัน 2) ยานี้อาจทำให้เกิดอาการง่วงซึม จึงไม่ควรขับขี่ยานยนต์หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม	เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	แผงพลาสติกหรืออลูมิเนียมละ 6 เม็ด แผงพลาสติกหรืออลูมิเนียมละ 4 และ 10 เม็ด
	20	(7.1) ยาน้ำแก้ไอขับเสมหะสำหรับเด็ก	ในสูตรตำรับ 5 มล. ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Ammonium Carbonate 0.02 g. Glycyrrhiza Fluidextract 0.25 ml.	บรรเทาอาการไอขับเสมหะ	รับประทานวันละ 3-4 ครั้ง เด็ก 6-12 ปี รับประทานครั้งละ 2 ช้อนชา (10 มิลลิลิตร) เด็ก 3-6 ปี รับประทานครั้งละ 1 ช้อนชา (5 มิลลิลิตร) เด็ก 1-3 ปี รับประทานครั้งละ 1/2 ช้อนชา (2.5 มิลลิลิตร		เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส และป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดละ 60 มิลลิลิตร และ 120 มิลลิลิตร

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
7. ยาแก้ไอ ขับเสมหะ	21	(7.2) ยาแก้ไอน้ำดำ	ในสูตรตำรับ 5 มล. ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Glycyrrhiza Fluidextract 0.6 ml. Antimony Potassium Tartrate 1.2-2.0 mg. Camphorated Opium Tincture 0.6 ml.	บรรเทาอาการไอและช่วยขับเสมหะ	เขย่าขวดก่อนใช้ รับประทานวันละ 3-4 ครั้ง ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 1-2 ช้อนชา (5-10 มิลลิลิตร) เด็ก 6-12 ปี รับประทานครั้งละ 1/2 - 1 ช้อนชา (2.5-5 มิลลิลิตร)	1) ห้ามใช้ยานี้ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปี คนชราและหญิงมีครรภ์ 2) ห้ามใช้ยานี้ติดต่อกันนานเกิน 3 วัน 3) ยานี้มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ …..% ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง	เก็บให้พ้นมือเด็กและป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดละ 60 มิลลิลิตร
8. ยาดมหรือทาแก้วิงเวียน หน้ามืด คัดจมูก	22	(8.1) ยาดมแก้วิงเวียนเหล้าแอมโมเนียหอม	ในสูตรตำรับประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Ammonium Carbonate 3.40 % W/V Strong Ammonia Solution 3.60-6.75 % V/V	ดม บรรเทาอาการวิงเวียนหน้ามืด หรือทาผิวหนัง บรรเทาอาการเนื่องจากพิษแมลงกัดต่อยหรือถูกพืชมีพิษ	ใช้ชุบสำลีดม หรือใช้ทา	ห้ามรับประทาน	ปิดฝาให้สนิทและป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดละ 15 มิลลิลิตร

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
	23	(8.2) ยาดมแก้วิงเวียน แก้คัดจมูก	ในสูตรตำรับประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือVolatile Substance ที่มีสรรพคุณทางยา และ/หรือ Herbal Extract หนึ่งหรือหลายชนิดผสมกัน ได้แก่ Menthol 0.07-77.90%w/v Camphor 0.45-42.00%w/v Methyl Salicylate 3.00-15.00%w/v Anise Oil 0.68%v/v Burgamot Oil 0.50-0.68%v/v Cajuput Oil 0.50-11.00 %v/v Cassia Oil 0.50%w/v Clove Oil 1.25 %v/v Dwarf-Pine Needle Oil 1.00 %w/v Eucalyptus Oil 1.50-23.00%v/v Lavender Oil 4.69-8.00%v/v Peppermint Oil 2.20-10.38%v/v Sage Oil 6.00%w/v ,Sassafras Oil 5.00%w/v Turpentine Oil 0.71-8.00%w/v Capsicum Tincture 4.00-8.00 %v/v Myrrh Tincture 1.00%w/v Ratanghia Tincture 0.40%v/v Terpinol 3.33%v/v , Thymol 0.10%w/v Camphor Spirit 3.00%v/v Borneo Camphor 9.00%w/v Bornyl Acetate 0.42%w/v Linalyl Acetate 0.47%w/v Phenyl Salicylate 0.60%w/v Standard Chamomile Extract 10.00%w/v	บรรเทาอาการคัดจมูก หายใจไม่ออก และบรรเทาอาการวิงเวียนศีรษะ	ใช้สูดดม หรือทาบางๆ ตามคอและหน้าอก	ห้ามรับประทาน	ปิดฝาให้สนิทและป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ไม่เกิน 14 มิลลิลิตร สามารถทำในรูปยาสูดดมหรือยาน้ำสำหรับสูดดม

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
	24	(8.3) ยาทาระเหย บรรเทาอาการคัดจมูก ชนิดขี้ผึ้ง	ในสูตรตำรับประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Volatile Substance ที่มีสรรพคุณทางยา หนึ่งหรือหลายชนิดผสมกัน ได้แก่ Menthol 1.35-3.00%w/w Camphor 3.00-9.00%w/w Cajuput Oil 3.00%w/w Eucalyptus Oil 0.08-5.00%w/w Terpentine Oil 4.68-5.00%w/w	บรรเทาอาการคัดจมูกและลดอาการอันเนื่องจากหวัด	ทายาที่บริเวณลำคอหน้าอกและหลัง	ห้ามรับประทาน	ปิดฝาให้สนิทและป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ไม่เกิน 50 กรัม
9. ยาแก้เมารถเมาเรือ	25	ยาเม็ดแก้เมารถเมาเรือ ไดเมนไฮดริเนท	ในสูตรตำรับ 1 เม็ด ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Dimenhydrinate 50 mg.	ใช้ป้องกันอาการเมารถ เมาเรือ	ผู้ใหญ่รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนออกเดินทางอย่างน้อย 30 นาที	ยานี้อาจทำให้เกิดอาการง่วงซึม จึงไม่ควรขับขี่ยานยนต์หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม	เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	แผงพลาสติกหรืออลูมิเนียมละ 2 เม็ด
10. ยาสำหรับโรคตา	26	ยาหยอดตา ซัลฟาเซตาไมด์	ในสูตรตำรับประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Sulfacetamide Sodium 10 % w/v	รักษาอาการตาแดง ตาอักเสบจากโรคติดเชื้อ	ใช้หยอดตาครั้งละ 1-2 หยด วันละ 3-4 ครั้ง	ห้ามใช้เมื่อเปิดใช้แล้วเกิน 1 เดือนหรือเมื่อยาเปลี่ยนสี ขุ่น หรือมีตะกอน	เก็บในที่เย็นอุณหภูมิระหว่าง 8-15 องศาเซลเซียส และป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดสีชาละ 10 มิลลิลิตร
	27	ยาล้างตา	ในสูตรตำรับประกอบด้วย Sodium Chloride ใส่ Preservative ที่เหมาะสมสำหรับใช้กับยาตา ได้แก่ Benzalkonium Chloride 0.002-0.020 %w/v หรือ Chlorhexidine (Gluconate หรือ Acetate) 0.01 %w/v ปรับ pH 6-8 ด้วย Buffer ที่เหมาะสม และปรับน้ำยาให้เป็น Isotonic กับน้ำตา	ใช้ล้างตาเพื่อบรรเทาอาการแสบตา ระคายเคืองตา อันเนื่องมาจาก ผง ควัน สิ่งสกปรกเข้าตา	ใช้ล้างตาวันละ 2-3 ครั้ง	ห้ามรับประทาน	ป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดละ 120 มิลลิลิตรพร้อมถ้วยล้างตา

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
11. ยาสำหรับโรคปากและคอ	28	ยากวาดคอ	ในสูตรตำรับประกอบด้วย Potassium Iodide 2.50 g. Iodine 1.25 g. Ethyl Alcohol (90 percent) 4.00 ml. Purified Water 2.50 ml. Peppermint Oil 0.40 ml. Glycerin to 100.00 ml.	บรรเทาอาการอักเสบ และเจ็บในลำคอ	เติมน้ำสะอาดเท่าตัวแล้วใช้กวาดคอในผู้ใหญ่	ใช้สำหรับกวาดในคอเท่านั้น	ปิดฝาให้สนิท เก็บในที่เย็น และป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดละ 15 มิลลิลิตร
	29	ยารักษาลิ้นเป็นฝ้าเยนเชี่ยนไวโอเลต	ในสูตรตำรับประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Gentian Violet 1%w/v	รักษากระพุ้งแก้มและลิ้นเป็นฝ้าขาว	ใช้สำลีชุบยาทาตามบริเวณที่เป็น วันละ 2-3 ครั้ง	ใช้สำหรับทาในปากเท่านั้น	เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	ขวดละ 15 มิลลิลิตร และ 30 มิลลิลิตร
	30	ยาแก้ปวดฟัน	ในสูตรตำรับประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Chlorobutanol 25g. Clove Oil to 100 ml.	บรรเทาอาการปวดฟัน	ใช้ไม้เล็กๆ พันสำลีชุบยาอุดฟันตรงที่เป็นรู	1) ระวังอย่าให้ถูกบริเวณอื่น 2) ถ้าอาการไม่ดีขึ้นควรปรึกษาทันตแพทย์	เก็บให้พ้นมือเด็กและป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดละ 8 มิลลิลิตร
	31	ยาอมบรรเทาอาการระคายคอ	ในสูตรตำรับประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Volatile Substance ที่มีสรรพคุณทางยา และ/หรือ Herbal Extract และ/หรือ Herbal Substance หนึ่งหรือหลายชนิดผสมกัน ได้แก่ Abietis Pine Oil 0.30%v/w Anise Oil 0.25%w/w Borneol 1.66-2.00%w/w Cinnamon Oil 0.35%w/w Creosote 0.20%v/w Eucalyptus Oil 0.15-0.16%w/w Lemon Oil 0.30-0.52%v/w	ทำให้ชุ่มคอ บรรเทาอาการระคายคอ	ใช้อมให้ละลายช้าๆ ครั้งละ 1-5 เม็ด		เก็บในที่แห้งและเย็น	ไม่เกิน 100 เม็ด หรือ ไม่เกิน 30 กรัม

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
			Menthol 0.06-5.00%w/w Peppermint Oil 0.19-3.33%w/w Sylvestris Pine Oil 0.30%v/w Licorice Extract 7.31-16.67%w/w Tincture Capsicum 0.02%w/w Amomum 1.00-4.00%w/w Aniseed 2.00%w/w Catechu 8.33-38.00%w/w Cinnamon 2.00-10.00%w/w					
		ยาอมบรรเทาอาการระคายคอ(ต่อ)	Clove 0.67-4.00%w/w Costus 0.67%w/w Fennel 1.67-2.00%w/w Ginger 2.00-8.00%w/w Licorice 26.67-71.38%w/w ,Saffron 2.00%w/w Saussurea 1.00 - 3.00%w/w Silver Leaf 0.93%w/w และ/หรือ Honey 1.50-2.40%w/w					
	32	ยาอมบรรเทาอาการเจ็บคอ	ในสูตรตำรับ 1 เม็ด ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Amyl metacresol ไม่เกิน 0.6 mg. 2,4 Dichloro Benzyl Alcohol ไม่เกิน 1.2 mg. และอาจมี Ascorbic acid ไม่เกิน 100 mg.	บรรเทาอาการเจ็บคอ	ผู้ใหญ่และเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป อมครั้งละ 1 เม็ดให้ละลายช้าๆในปาก ทุก 2-3 ชั่วโมง	1) หากใช้ติดต่อกัน 2 วัน แล้วอาการไม่ดีขึ้น ควร ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร 2) หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมบุตรควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนใช้ยา 3) ไม่ควรใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า ๖ ปี	เก็บยาในที่อุณหภูมิไม่เกิน 30 oC	แผงอลูมิเนียมหรือแผงบลิสเตอร์ละไม่เกิน 8 เม็ด

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
12. ยาใส่แผล ล้างแผล	33	ยาใส่แผล ทิงเจอร์ไอโอดีน	ในสูตรตำรับประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือIodine 2.0-2.5 %w/v Potassium Iodide 2.4-2.5 %w/v	รักษาแผลสด	ใช้สำลีสะอาดชุบยาทาที่แผล	1) หากมีอาการระคายเคืองหรือผื่นแดงเกิดขึ้น ให้หยุดใช้ยา 2) หลีกเลี่ยงอย่าให้ยาเข้าตา	ปิดฝาให้สนิทและเก็บในที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	ขวดละ 15 มิลลิลิตร และ 30 มิลลิลิตร
	34	ยาใส่แผล ทิงเจอร์ไทเมอรอซอล	ในสูตรตำรับประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Thimerosal 0.1 % w/v	รักษาบาดแผล	ใช้สำลีสะอาดชุบยาทาที่แผล	1) หากมีอาการระคายเคืองหรือผื่นแดงเกิดขึ้น ให้หยุดใช้ยา 2) หลีกเลี่ยงอย่าให้ยาเข้าตา	ปิดฝาให้สนิทและเก็บในที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	ขวดละ 15 มิลลิลิตร และ 30 มิลลิลิตร
	35	ยาใส่แผล โพวิโดน-ไอโอดีน	ในสูตรตำรับประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Povidone-Iodine 10 % w/v eqivalent to Iodine 1 % w/v	รักษาแผลสด	ใช้สำลีสะอาดชุบยาทาที่แผล	1) หากมีอาการระคายเคืองหรือผื่นแดงเกิดขึ้น ให้หยุดใช้ยา 2) หลีกเลี่ยงอย่าให้ยาเข้าตา	ปิดฝาให้สนิทและเก็บในที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	ขวดละ 15 มิลลิลิตร และ 30 มิลลิลิตร
	36	ยาไอโซโพรพิลแอลกอฮอล์	ในสูตรตำรับประกอบด้วยIsopropyl Alcohol Solution 70 % v/v โดยสูตรตำรับต้องแต่งสีด้วย Brilliant Blue C.I. No.42090	ทำความสะอาดบาดแผล	ใช้ทำความสะอาดรอบบาดแผล	ห้ามรับประทาน	ปิดฝาให้สนิทและป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดละ 30 มิลลิลิตร
	37	ยาเอทิลแอลกอฮอล์	ในสูตรตำรับประกอบด้วยEthyl Alcohol Solution 70 % v/v โดยสูตรตำรับต้องแต่งสีด้วย Brilliant Blue C.I. No.42090	ทำความสะอาดบาดแผล	ใช้ทำความสะอาดรอบบาดแผล	ห้ามรับประทาน	ปิดฝาให้สนิทและป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดละ 30 มิลลิลิตร
	38	น้ำเกลือล้างแผล	ในสูตรตำรับประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือSodium Chloride 0.9 % w/v	ทำความสะอาดบาดแผล	ใช้ทำความสะอาดรอบบาดแผล		เก็บในที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	ขวดละ 500 มิลลิลิตร

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
13. ยารักษาแผลติดเชื้อ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก	39	ยารักษาแผลติดเชื้อ ซิลเวอร์ ซัลฟาไดอาซีน ครีม	ในสูตรตำรับประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือSilver Sulfadiazine 1% w/w	ใช้ทาภายนอกเพื่อรักษาการติดเชื้อของแผล ซึ่งเกิดจากไฟไหม้ หรือน้ำร้อนลวก	ใช้ทาบริเวณแผลที่เป็น ควรทำความสะอาดแผล แล้วทาครีมทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง (สำหรับแผลที่ถูกไฟไหม้ ควรใช้ครีมทุก 24 ชั่วโมง)	1) ไม่ควรใช้ยานี้ในหญิงมีครรภ์ และทารกแรกเกิด (1 เดือนแรก) 2) ในคนที่แพ้ยา Sulphonamide 3) ในผู้ที่เป็นโรคตับและโรคไต	เก็บในที่อุณหภูมิระหว่าง 15-30 องศาเซลเซียส	หลอดละ 5 กรัม 15 กรัม และ 25 กรัม
14. ยาบรรเทาอาการปวด กล้ามเนื้อ แมลงกัดต่อย	40	ยาหม่อง ชนิดขี้ผึ้ง	ในสูตรตำรับประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Volatile Substance ที่มีสรรพคุณทางยา และ/หรือ Herbal Extract หนึ่งหรือหลายชนิดผสมกัน ได้แก่Methyl Salicylate 1.14-50.00%w/w Camphor 1.76-25.00%w/w Menthol 3.00-20.00%w/w Cinnamon Oil 1.00-2.40%w/w Clove Oil 0.50-5.00%v/w Eucalyptus Oil 1.50-13.70%v/w Peppermint Oil 0.70-16.00%w/w Terpentine Oil 2.00-3.80%v/w Capsicum Tincture 0.80-8.00%v/v Colophony 2.51%v/w	บรรเทาอาการปวด บวม อักเสบ เนื่องจากแมลงกัดต่อย หรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	ทาและนวดบริเวณที่มีอาการ	ห้ามรับประทาน	ปิดฝาให้สนิทและป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ไม่เกิน 30 กรัม

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
15. ยาสำหรับโรคผิวหนัง	41	ยารักษาหิดเหาเบนซิลเบนโซเอต	ในสูตรตำรับประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือBenzyl Benzoate 25 % w/v	รักษาหิด เหา และโลน	เขย่าขวดก่อนใช้ยา สำหรับเด็กเล็กให้แบ่งยา มาเติมน้ำเท่าตัว แล้วผสมให้เข้ากัน **สำหรับรักษาหิด** อาบน้ำให้สะอาด ใช้ผ้าหรือแปรงอ่อนๆ ถูตรงบริเวณที่มีผื่นคัน แล้วทายานี้ให้ทั่วทิ้งไว้ 24 ชั่วโมง แล้วจึงอาบน้ำ วันรุ่งขึ้นให้ทาซ้ำใหม่อีกครั้งตามวิธีเดิม **สำหรับรักษาเหาและโลน** ใส่ยานี้ให้ทั่วศีรษะหรือบริเวณ ที่มีเหาหรือโลน ทิ้งไว้ 1 วัน ถ้าเป็นมากให้ใช้ยา 2 ครั้งต่อวัน วันต่อมาจึงสระให้สะอาด เมื่อครบ 7 วันให้ตรวจดูอีกครั้งหนึ่ง ถ้ายังไม่หาย ให้ใส่ยาซ้ำตามวิธีเดิม	ระวังอย่าให้ยาเข้าตา	เก็บในที่อุณหภูมิต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส และป้องกัน ไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดสีชา 30 มิลลิลิตร และ 60 มิลลิลิตร

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
	42	ยารักษาหิด ขี้ผึ้งกำมะถัน	ในสูตรตำรับ ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Sublimed Sulphur 10 % w/w	รักษาโรคหิด	ใช้ทาบริเวณที่เป็นหิด วันละ 2-3 ครั้ง	ถ้าเกิดอาการระคายเคืองต่อผิวหนังให้หยุดใช้ยา	เก็บในที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเวียส	หลอดละ 5 กรัม และ 15 กรัม
	43	ยารักษากลากเกลื้อน น้ำกัดเท้า	ในสูตรตำรับ ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือBenzoic Acid 2.5-6.5 %w/w Salicylic Acid 3.0-5.0 %w/w	รักษากลากเกลื้อน และโรคน้ำกัดเท้า	ใช้ทาบริเวณที่เป็นโรค วันละ 2-3 ครั้ง	ถ้าเกิดอาการระคายเคืองต่อผิวหนังให้หยุดใช้ยา	เก็บในที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	หลอดละ 5 กรัม และ 15 กรัม
	44	ยารักษาโรคผิวหนังเรื้อรัง	ในสูตรตำรับ ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Coal Tar 1 % w/w	รักษาโรคผิวหนังเรื้อรังบางชนิด เช่น เรื้อนกวาง ผิวหนังเป็นผื่นคัน	ใช้ทาบริเวณที่เป็นโรค วันละ 2-3 ครั้ง	ถ้าเกิดอาการระคายเคืองต่อผิวหนังให้หยุดใช้ยา	เก็บในที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	หลอดหรือขวดละ 5 กรัม และ 15 กรัม
	45	ยาทาแก้ผดผื่นคัน คาลาไมน์	ในสูตรตำรับ ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Calamine 8-15 %w/v Zinc Oxide 3-12 %w/v	บรรเทาอาการคันเนื่องจากผดผื่นคัน ลมพิษ	เขย่าขวดก่อนใช้ยา ทาบริเวณที่เป็นวันละ 3-4 ครั้ง	ห้ามรับประทาน	ป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดละ 60 มิลลิลิตร 120 มิลลิลิตร และ 180 มิลลิลิตร
	46	ยารักษาเกลื้อน โซเดียม ไทโอซัลเฟต	ในสูตรตำรับ ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือSodium Thiosulfate 100 %w/w	รักษาเกลื้อน	เติมน้ำสะอาดจนถึงคอขวด เขย่าผสมกัน จนตัวยาละลายหมด (จะได้ความเข้มข้นประมาณ 25%) ใช้ทาบริเวณที่เป็นเกลื้อน หลังอาบน้ำ วันละหลายครั้ง	ยาที่ผสมน้ำแล้วควรใช้ภายใน 15 วัน	ป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดละ 15 กรัม สำหรับผสมน้ำเป็น 60 มิลลิลิตร

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
16. ยาบำรุงร่างกาย	47	ยาเม็ดวิตามินบีรวม	ในสูตรตำรับ 1 เม็ด ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Thiamine Hydrochloride or Thiamine Mononitrate 5 mg. Pyridoxine Hydrochloride 2 mg. Riboflavine 2 mg . Nicotinamide 20 mg.	ป้องกันการขาดวิตามินบี และบำรุงร่างกาย	รับประทานวันละ 1 ครั้งหลังอาหาร ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 1-2 เม็ด เด็ก 6-12 ปี รับประทานครั้งละ 1 เม็ด		เก็บในที่แห้งและเย็น และป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	แผงพลาสติกหรืออลูมิเนียมละ 4 และ 10 เม็ด
	48	ยาเม็ดวิตามินซี	ในสูตรตำรับ 1 เม็ด ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Ascorbic Acid 100 mg.	ป้องกันการขาดวิตามินซี	รับประทานวันละ 1 ครั้ง ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 2 เม็ด เด็ก 6-12 ปี รับประทานครั้งละ 1 เม็ด	ห้ามใช้เมื่อเม็ดยาเปลี่ยนสี	เก็บในที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส และป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	แผงพลาสติกหรืออลูมิเนียมละ 4 และ 10 เม็ด
	49	ยาเม็ดบำรุงโลหิต เฟอร์รัส ซัลเฟต	ในสูตรตำรับ 1 เม็ด ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Ferrous Sulfate Equivalent to Iron 60 mg.	รักษาโรคโลหิตจางเนื่องจากขาดธาตุเหล็กในผู้ใหญ่	รับประทานครั้งละ 1-2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร	1) ในช่วงรับประทานยาอุจจาระจะมีสีดำ 2) หากเกิดอาการไม่สบายท้อง คลื่นไส้ ควรรับประทานยาพร้อมอาหารหรือค่อยๆเพิ่มขนาดของยาจนถึงขนาดที่แนะนำให้ใช้	เก็บในที่อุณหภูมิต่ำกว่า 40 องศาเซลเซียส	แผงพลาสติกหรืออลูมิเนียมละ 4 และ 10 เม็ด

กลุ่มอาการรักษา	ลำดับ	รายการ	สูตรตำรับ	สรรพคุณ	ขนาดและวิธีใช้	คำเตือน	การเก็บรักษา	ขนาดบรรจุ
	50	ยาเม็ดวิตามินรวม	ในสูตรตำรับ 1 เม็ด ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ คือ Vitamin A 2,500 I.U. Vitamin D 300 I.U. Vitamin C 15.00 mg. Vitamin B1 Mononitrate 1.00 mg. Vitamin B2 0.50 mg. Nicotinamide 7.50 mg.	ป้องกันการขาดวิตามินสำหรับผู้ใหญ่	รับประทานวันละ 1 เม็ด	ยานี้อาจสะสมในร่างกายจนทำให้เกิดอันตรายได้ จึงไม่ควรใช้เกินขนาดที่กำหนดไว้หรือใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานนอกจากแพทย์สั่ง	เก็บในที่แห้งและเย็น และป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	แผงพลาสติกหรืออลูมิเนียมละ 4 และ 10 เม็ด
	51	น้ำมันตับปลาชนิดแคปซูล	ในสูตรตำรับ 1 แคปซูล ประกอบด้วยตัวยาสำคัญคือ Cod Liver Oil equivalent to Vitamin A ไม่เกิน 4,000 I.U. Vitamin D ไม่เกิน 300 I.U.	ป้องกันการขาดวิตามิน A และ D	ผู้ใหญ่รับประทานวันละ 1 เม็ด	ยานี้อาจสะสมในร่างกายจนทำให้เกิดอันตรายได้ จึงไม่ควรใช้เกินขนาดที่กำหนดไว้หรือใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานนอกจากแพทย์สั่ง	เก็บในที่แห้งและเย็น และป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	แผงพลาสติกหรืออลูมิเนียมละ 4 และ 10 เม็ด
	52	น้ำมันตับปลาชนิดน้ำ	ในสูตรตำรับ 5 มิลลิลิตร ประกอบด้วยตัวยาสำคัญคือ Cod Liver Oil equivalent to Vitamin A ไม่เกิน 4,000 I.U. Vitamin D ไม่เกิน 300 I.U.	ป้องกันการขาดวิตามิน A และ D	เขย่าขวดก่อนใช้ เด็กอายุตั้งแต่4 ปีขึ้นไป รับประทานวันละ 1 ช้อนชา เด็กอายุ 1-4 ปี รับประทานวันละ 1/2 ช้อนชา เด็กแรกเกิด -1 ปี รับประทานวันละ 1/4 ช้อนชา	ยานี้อาจสะสมในร่างกายจนทำให้เกิดอันตรายได้ จึงไม่ควรใช้เกินขนาด ที่กำหนดไว้หรือใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานนอกจากแพทย์สั่ง	เก็บในที่แห้งและเย็น และป้องกันไม่ให้ถูกแสงแดด	ขวดละ 120 มิลลิลิตร 240 มิลลิลิตร และ 400 มิลลิลิตร

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....

เขียนที่.....

วันที่...เดือน.....พุทธศักราช.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....บุตร.....

.....

อยู่ที่บ้าน.....เลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้มอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....บุตร.....

.....

อยู่ที่บ้าน.....เลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

.....

.....

.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้าได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

.....ผู้มอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ หรือ ลายพิมพ์นิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจ และผู้มอบอำนาจได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

.....ผู้รับมอบอำนาจ

.....พยาน

.....พยาน

หมายเหตุ ๑. ต่อคำว่าเรื่อง ให้กรอกข้อความที่มอบให้ทำแทน เช่น ซื้อ หรือขาย หรือจำนำ ขายฝาก เช่า ให้ชัดแจ้ง เช่น ให้ซื้อรถยนต์ต้องบอกยี่ห้อรถยนต์ให้ชัดเจน ถ้ามีเลขทะเบียนให้กรอกด้วย ช่องเป็นผู้มีอำนาจจัดการต้องกรอกข้อความให้ชัด จะให้ซื้อ หรือขาย หรือจำนอง ฯลฯ ถ้าเกี่ยวด้วยที่ดิน ให้กรอกที่ดินระวาง..... เลขที่..... หน้าสำรวจ..... โฉนดหมายเลขที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... ให้ชัดเจน.....

๒. ถ้าลงลายมือชื่อให้ขีดฆ่าคำว่าหรือลายพิมพ์นิ้วมือออกเสีย ถ้าพิมพ์ลายนิ้วมือให้ขีดฆ่าคำว่าลงลายมือชื่อหรือออกเสีย อนึ่งถ้าพิมพ์ลายนิ้วมือ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือซ้าย

๓. การเขียนหนังสือมอบอำนาจระวังอย่าขีดฆ่าและตกเติม ถ้ามีการขีดฆ่าและตกเติมต้องให้ผู้มอบอำนาจเซ็นชื่อกำกับไว้ด้วย

๔. ถ้าลายมือชื่อผู้มอบอำนาจหรือพยานมีลายนิ้วมือเป็นพยานลงด้วย

"วิธีปิดอากรแสตมป์ ก. มอบอำนาจให้บุคคลหนึ่งหรือหลายคนมีอำนาจดำเนินการแทนครั้งเดียว ๕ บาท ข. มอบอำนาจให้บุคคลหนึ่งหรือหลายคนมีอำนาจดำเนินการแทนกันได้ หลายครั้งหลายคราวหรือหลายเรื่องกันก็ได้ ค. มอบอำนาจให้บุคคลหนึ่งหรือหลายคนมีอำนาจดำเนินการแทนหลายคนในเรื่องเดียวกันก็ได้ ทั้งหมดนี้ต้องปิดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท ในกรณีที่ไม่ต้องเสียอากร คือ ๑. ในแต่งตั้งผู้จัดการมรดก ๒. ในมอบอำนาจให้ข้าราชการ ๆ เกี่ยวข้องกับการพิจารณาคดีของศาลเพื่อเป็นหลักฐานในการดำเนินคดีในศาล ๓. ในมอบอำนาจให้ข้าราชการฝ่ายทหารหรือตำรวจปฏิบัติการในหน้าที่ราชการ ๔. ในมอบอำนาจซึ่งสภากาชาดไทยเป็นผู้มอบ และในมอบอำนาจซึ่งสภากาชาดไทยเป็นผู้รับมอบเพื่อจัดการให้โดยไม่มีค่าบำเหน็จ"