

บันทึกการตรวจสถานที่ขายยา

วย.3

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 91 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 แก้ไขเพิ่มเติมโดยมาตรา 31 แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2522 และมาตรา 94 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 พนักงานเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย.....

ได้มาทำการตรวจสถานที่ขายยาและบันทึกการตรวจดังต่อไปนี้

1. ชื่อสถานที่..... ประเภท..... เลขที่.....
 หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
 สถานที่ใกล้เคียง..... เขตสถานีตำรวจ..... โทรศัพท์.....
2. ชื่อผู้รับอนุญาต..... ผู้ดำเนินกิจการ.....
 เลขที่ใบอนุญาต..... เวลาทำการ.....
3. ชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ..... เวลาปฏิบัติการ.....
 เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์/ใบรับรองการอบรมบุคลากร.....
4. วันที่ทำการตรวจ..... เวลา.....
5. ข้อบกพร่องที่ตรวจพบ.....

5.1 <input type="checkbox"/> ขายยาไม่มีใบอนุญาต 5.2 <input type="checkbox"/> ขายยาไม่ตรงตามประเภทใบอนุญาต 5.3 <input type="checkbox"/> ยาปลอม 5.4 <input type="checkbox"/> ยาหมดอายุการใช้/ ยาเสื่อมคุณภาพ 5.5 <input type="checkbox"/> ยาที่ถูกเพิกถอนทะเบียนตำรับ 5.6 <input type="checkbox"/> ยาไม่มีเลขทะเบียนตำรับ 5.7 <input type="checkbox"/> ฉลากและเอกสารกำกับยา 5.8 <input type="checkbox"/> ไม่พบผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามเวลาปฏิบัติการ	5.9 <input type="checkbox"/> บัญชีตามกำหนด 5.10 <input type="checkbox"/> ป้ายแสดงประเภทใบอนุญาต 5.11 <input type="checkbox"/> ป้ายแสดงชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ 5.12 <input type="checkbox"/> การจัดแยกยาไม่เป็นสัดส่วน 5.13 <input type="checkbox"/> สถานที่ปรุงยาและอุปกรณ์ 5.14 <input type="checkbox"/> ไม่มีหลักฐานสำคัญแสดง 5.15 <input type="checkbox"/> ฝ่าฝืนการโฆษณา 5.16 <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
--	---

6. เก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์..... รายการ, เพื่อตรวจสอบ..... รายการ
7. ยึด..... รายการ, आयัด..... รายการ
8. การตรวจสอบเบื้องต้น..... รายการ
9. การส่งเสริมเทคโนโลยี.....
10. สรุปผลการตรวจ.....

ในการตรวจครั้งนี้พนักงานเจ้าหน้าที่มาทำการตรวจมิได้ทำให้ทรัพย์สินที่อยู่ในสถานที่นี้สูญหายหรือเสียหายแต่อย่างใด และอ่านให้ฟังแล้วขอรับรองว่าถูกต้องจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ..... ผู้รับอนุญาตหรือผู้แทน (.....)	ลงชื่อ..... พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ..... พนักงานเจ้าหน้าที่
ลงชื่อ..... ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (.....)	ลงชื่อ..... พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ..... พยาน

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเวชกรรมและคลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง
(ตรวจประจำปี)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อคลินิก(ตามใบอนุญาต).....
2. ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่.....
3. ชื่อผู้ประกอบการ.....
4. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
5. ตั้งอยู่เลขที่..... ซอย/ตรอก..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....
6. วันเวลาเปิดทำการ.....
7. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่พบชื่อ..... เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
8. แพทย์ที่ปฏิบัติงานทั้งหมด มีจำนวน.....คน
9. เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยปฏิบัติงานทั้งหมด มีจำนวน.....คน
10. การบริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม ศัลยกรรมตกแต่ง ผังเข็ม ล้างไต
 ทรีตเมนต์ผิวหน้า เอ็กซเรย์
 แพทย์แผนจีน แล็บเบื้องต้น
 อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 การตรวจลักษณะคลินิก

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องผลการตรวจ “ถูกต้อง” เมื่อตรวจพบว่าจัดให้มีถูกต้อง และให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ไม่ถูกต้อง” เมื่อตรวจพบว่าไม่จัดให้มีหรือจัดให้มีไม่ถูกต้อง และหากพบว่าอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการ ให้บันทึกในช่องข้อเสนอแนะให้ปรับปรุง โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสม

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1. ลักษณะของสถานพยาบาล			
1.1 สถานที่ตั้งอยู่ในสภาพที่ไม่ชำรุด มีการบำรุงรักษา ดูแลให้สะอาดเรียบร้อย และปลอดภัย			
1.2 พื้นที่สถานพยาบาลไม่มีกิจการอื่นปะปน			
1.3 พื้นที่สถานพยาบาลไม่ปะปนกับร้านขายยา			
1.4 บริเวณทั้งภายนอก และภายในสะอาด เป็นระเบียบ			
1.5 มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อับทึบ กรณีติดตั้งเครื่องปรับอากาศ มีพัดลมดูดอากาศ ออกนอกตัวอาคาร			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1.6 ห้องตรวจ และห้องให้การรักษา เป็นสัดส่วน มิดชิด			
1.7 ข้อความโฆษณาสถานพยาบาล(ถ้ามี) ไม่เป็นเท็จ ไม่โอ้อวด หรือสื่อให้เข้าใจผิด			
1.8 มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน			
1.9 มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม			
1.10 มีการแสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่			
2. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย			
2.1 มีป้ายชื่อสถานพยาบาลที่มีขนาด ตัวอักษร สี และชื่อถูกต้อง 1 ป้าย			
2.2 แสดงรูปถ่ายและเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ถูกต้องและตรงกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้น			
2.3 แสดงอัตราค่ารักษาพยาบาล ไว้ในที่เปิดเผย			
2.4 มีข้อความแจ้งให้สอบถามอัตราค่ารักษาพยาบาลได้ที่ใด			
2.5 แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในที่เปิดเผย			
3. การประกอบกิจการและการดำเนินการสถานพยาบาล			
3.1 สถานที่ตั้งคลินิก ถูกต้องตรงตามใบอนุญาต			
3.2 แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลในที่เปิดเผย			
3.3 ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลต่ออายุทุก 2 ปี			
3.4 แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม (ส.พ.12) ไว้บริเวณทางเข้าสถานพยาบาล			
3.5 มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้พนักงานเจ้าหน้าที่ บันทึกการตรวจ			
3.6 การประกอบกิจการตรงตามลักษณะที่ขออนุญาต			
3.7 พบผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล อยู่ดูแลคลินิก			
3.8 มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามเวลาที่เปิดดำเนินการ			
4. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล			
4.1 เครื่องใช้ทั่วไปประจำสถานพยาบาลมีตามจำนวนที่เหมาะสม			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
4.2 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นตามลักษณะสถานพยาบาลตามที่กำหนดในกฎกระทรวง จำนวนเหมาะสมกับลักษณะการประกอบวิชาชีพ			
4.3 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมกับลักษณะที่ให้บริการ โดย <input type="checkbox"/> การแช่สารเคมี <input type="checkbox"/> การนั่งแรงดันไอน้ำ <input type="checkbox"/> การต้ม <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....			
4.4 มีระบบประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง หากเกิดภาวะฉุกเฉิน			
5. ว่าด้วยการจัดให้มีรายงาน หลักฐานเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลและผู้ป่วย และเอกสารอื่นที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล			
5.1 มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการประจำวัน (เพื่อความสะดวกในการจัดทำรายงานประจำปี)			
5.2 จัดทำบัตรประจำตัวผู้ป่วย OPD card และมีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามกฎกระทรวง			
5.3 มีการจัดทำรายงานประจำปีตามแบบที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด (สพ. 23) ถูกต้อง			
5.4 มีการส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล (สพ. 23) ตามที่กำหนดให้			

สรุปผลการตรวจและข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลเรียบร้อยแล้ว และไม่
ได้ทำให้ทรัพย์สินของสถานพยาบาลเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด

ลงชื่อ.....ผู้ประกอบกิจการ/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
(.....) / หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพ

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

**บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกทันตกรรม และคลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง
(ตรวจประจำปี)**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อคลินิก (ตามใบอนุญาต).....
2. ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่.....
3. ชื่อผู้ประกอบการ.....
4. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
5. ตั้งอยู่เลขที่..... ซอย/ตรอก..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/
เขต..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....
6. วันเวลาเปิดทำการ.....
7. ชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่พบ..... เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....
8. ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานทั้งหมด มีจำนวน.....คน
9. ผู้ช่วยปฏิบัติงานในคลินิก มีจำนวน.....คน
10. หน่วยทำฟัน (ยูนิตทำฟัน) ทั้งหมด มีจำนวน.....ตัว
11. เครื่องเอกซเรย์ฟัน มีจำนวน.....เครื่อง
12. เครื่อง Autoclave มีจำนวน.....เครื่อง
13. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม จัดฟัน ทำเขี้ยว
 ผึงรากเทียม อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 การตรวจลักษณะคลินิก

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องผลการตรวจ “ถูกต้อง” เมื่อตรวจพบว่าจัดให้มีถูกต้อง และให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ไม่ถูกต้อง” เมื่อตรวจพบว่าไม่จัดให้มีหรือจัดให้มีไม่ถูกต้อง และหากพบว่าอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการ ให้บันทึกในช่องข้อเสนอแนะให้ปรับปรุง โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสม

1. ลักษณะของสถานพยาบาล

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1.1 สถานที่ตั้งอยู่ในสภาพที่ไม่ชำรุด มีการบำรุงรักษา ดูแลให้สะอาดเรียบร้อย และปลอดภัย			
1.2 พื้นที่สถานพยาบาลไม่มีกิจการอื่นปะปน			
1.3 พื้นที่สถานพยาบาลไม่ปะปนกับบ้านอยู่อาศัย			
1.4 บริเวณทั้งภายนอก และภายในสะอาด เป็นระเบียบ เรียบร้อย			
1.5 มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อับทึบ กรณีติดตั้งเครื่องปรับอากาศ มีพัดลมดูดอากาศออกนอกตัวอาคาร			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1.6 ห้องตรวจ และห้องให้การรักษา เป็นสัดส่วนมิดชิด			
1.7 ข้อความโฆษณาสถานพยาบาล(ถ้ามี) ไม่เป็นเท็จ ไม่โอ้อวด หรือสื่อให้เข้าใจผิด			
1.8 มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน			
1.9 มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม			
1.10 มีการแสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่			
2. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพใน, สถานพยาบาล อัตราค่าบริการพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย			
2.1 มีป้ายชื่อสถานพยาบาลที่มีขนาด ตัวอักษร สี และชื่อถูกต้อง 1 ป้าย			
2.2 แสดงรูปถ่ายและเลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ ถูกต้องและตรงกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้น			
2.3 แสดงอัตราค่าบริการพยาบาล ไว้ในที่เปิดเผย			
2.4 มีข้อความแจ้งให้สอบถามอัตราค่าบริการพยาบาลได้ที่ใด			
2.5 แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในที่เปิดเผย			
3. การประกอบกิจการและการดำเนินการสถานพยาบาล			
3.1 สถานที่ตั้งคลินิก ถูกต้องตรงตามใบอนุญาต			
3.2 แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล ในที่เปิดเผย			
3.3 ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลต่ออายุทุก 2 ปี			
3.4 แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม (ส.พ.12) ไว้บริเวณทางเข้าสถานพยาบาล			
3.5 มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้พนักงานเจ้าหน้าที่ บันทึกการตรวจ			
3.6 การประกอบกิจการตรงตามลักษณะที่ขออนุญาต			
3.7 พบผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล อยู่ดูแลคลินิก			
3.8 มีผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามเวลาที่เปิดดำเนินการ			
4. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล			
4.1 เครื่องใช้ทั่วไปประจำสถานพยาบาลมีตามจำนวนที่เหมาะสม			
4.2 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นตามลักษณะสถานพยาบาลตามที่กำหนดในกฎกระทรวง จำนวนเหมาะสมกับลักษณะการประกอบวิชาชีพ			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
4.3 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมกับลักษณะที่ให้บริการ โดย <input type="checkbox"/> การแช่สารเคมี <input type="checkbox"/> การนั่งแรงดันไอน้ำ <input type="checkbox"/> การต้ม <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....			
4.4 มีระบบประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง หากเกิดภาวะฉุกเฉิน			
5. ว่าด้วยการจัดให้มีรายงาน หลักฐานเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลและผู้ป่วย และเอกสารอื่นที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล			
5.1 มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการประจำวัน (เพื่อความสะดวกในการจัดทำรายงานประจำปี)			
5.2 จัดทำบัตรประจำตัวผู้ป่วย OPD card และมีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามกฎหมายกระทรวง			
5.3 มีการจัดทำรายงานประจำปีตามแบบที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด (สพ. 23) ถูกต้อง			
5.4 มีการส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล (สพ. 23) ตามที่กำหนดให้			

สรุปผลการตรวจและข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ตรวจสถานพยาบาลเรียบร้อยแล้ว และไม่ได้ทำให้ทรัพย์สินของสถานพยาบาลเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด

ลงชื่อ.....ผู้ประกอบกิจการ/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
(.....) / หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพ
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
(ตรวจประจำปี)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อคลินิก(ตามใบอนุญาต).....
2. ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่.....
3. ชื่อผู้ประกอบการ.....
4. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
5. ตั้งอยู่เลขที่..... ซอย/ตรอก..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/
เขต..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....
6. วันเวลาเปิดทำการ.....
7. ชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่พบ..... เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

ส่วนที่ 2 การตรวจลักษณะคลินิก

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องผลการตรวจ “ถูกต้อง” เมื่อตรวจพบว่าจัดให้มีถูกต้อง และให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ไม่ถูกต้อง” เมื่อตรวจพบว่าไม่จัดให้มีหรือจัดให้มีไม่ถูกต้อง และหากพบว่าอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการ ให้บันทึกในช่องข้อเสนอแนะให้ปรับปรุง โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสม

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูก ต้อง	ไม่ ถูกต้อง	
1. ลักษณะของสถานพยาบาล			
1.1 สถานที่ยังอยู่ในสภาพที่ไม่ชำรุด มีการบำรุงรักษา ดูแลให้สะอาดเรียบร้อย และปลอดภัย			
1.2 พื้นที่สถานพยาบาลไม่มีกิจการอื่นปะปน			
1.3 พื้นที่สถานพยาบาลไม่ปะปนกับร้านขายยา			
1.4 บริเวณทั้งภายนอก และภายในสะอาด เป็นระเบียบ เรียบร้อย			
1.5 มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อับทึบ กรณีติดตั้งเครื่องปรับอากาศ มีพัดลมดูดอากาศออกนอกตัวอาคาร			
1.6 ห้องตรวจ และห้องให้การรักษ เป็นสัดส่วนมิดชิด			
1.7 ข้อความโฆษณาสถานพยาบาล(ถ้ามี) ไม่เป็นเท็จ ไม่โอ้อวด หรือสื่อให้เข้าใจผิด			
1.8 มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1.9 มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม			
1.10 มีการแสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่			
2. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล อัตราค่าบริการพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย			
2.1 มีป้ายชื่อสถานพยาบาลที่มีขนาด ตัวอักษร สี และชื่อถูกต้อง 1 ป้าย			
2.2 แสดงรูปถ่ายและเลขที่ใบอนุญาตโรคศิลปะ ถูกต้องและตรงกับผู้ประกอบโรคศิลปะที่ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้น			
2.3 แสดงอัตราค่าบริการพยาบาล ไว้ในที่เปิดเผย			
2.4 มีข้อความแจ้งให้สอบถามอัตราค่าบริการพยาบาลได้ที่ใด			
2.5 แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในที่เปิดเผย			
3. การประกอบกิจการและการดำเนินการสถานพยาบาล			
3.1 สถานที่ตั้งคลินิก ถูกต้องตรงตามใบอนุญาต			
3.2 แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลในที่เปิดเผย			
3.3 ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลต่ออายุทุก 2 ปี			
3.4 แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม (ส.พ.12) ไว้บริเวณทางเข้าสถานพยาบาล			
3.5 มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้พนักงานเจ้าหน้าที่ บันทึกการตรวจ			
3.6 การประกอบกิจการตรงตามลักษณะที่ขออนุญาต			
3.7 พบผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล อยู่ดูแลคลินิก			
3.8 มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามเวลาที่เปิดดำเนินการ			
4. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล			
4.1 เครื่องใช้ทั่วไปประจำสถานพยาบาลมีตามจำนวนที่เหมาะสม			
4.2 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นตามลักษณะสถานพยาบาลตามที่กำหนดในกฎกระทรวง (และตามที่สภาการพยาบาลกำหนด)			
4.3 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมกับลักษณะที่ให้บริการ โดย <input type="checkbox"/> การแช่สารเคมี <input type="checkbox"/> การนึ่งแรงดันไอน้ำ <input type="checkbox"/> การต้ม <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....			
4.4 มีระบบประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง หากเกิดภาวะฉุกเฉิน			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
5. ว่าด้วยการจัดให้มีรายงาน หลักฐานเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาลและผู้ป่วย และเอกสารอื่นที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล			
5.1 มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการประจำวัน (เพื่อความสะดวกในการจัดทำรายงานประจำปี)			
5.2 จัดทำบัตรประจำตัวผู้ป่วย OPD card และมีกรบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามกฎหมายกระทรวง			
5.3 มีการจัดทำรายงานประจำปีตามแบบที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด (สพ. 23) ถูกต้อง			
5.4 มีการส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล (สพ. 23) ตามที่กำหนดให้			

สรุปผลการตรวจและข้อเสนอแนะ.....

.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ตรวจสถานพยาบาลเรียบร้อยแล้ว และไม่ได้ทำให้ทรัพย์สินของสถานพยาบาลเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด

ลงชื่อ.....ผู้ประกอบการ/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
(.....) / หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพ

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

**บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเทคนิคการแพทย์
(ตรวจประจำปี)**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อคลินิก(ตามใบอนุญาต).....
2. ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่.....
3. ชื่อผู้ประกอบการ.....
4. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
5. ตั้งอยู่เลขที่..... ซอย/ตรอก..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/
เขต..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....
6. วันเวลาเปิดทำการ.....
7. ชื่อผู้ประกอบการโรคศิลปะที่พบ..... เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะ.....

ส่วนที่ 2 การตรวจลักษณะคลินิก

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องผลการตรวจ “ถูกต้อง” เมื่อตรวจพบว่าจัดให้มีถูกต้อง และให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ไม่ถูกต้อง” เมื่อตรวจพบว่าไม่จัดให้มีหรือจัดให้มีไม่ถูกต้อง และหากพบว่าอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการ ให้บันทึกในช่องข้อเสนอแนะให้ปรับปรุง โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสม

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูก ต้อง	ไม่ ถูกต้อง	
1. ลักษณะของสถานพยาบาล			
1.1 สถานที่ตั้งอยู่ในสภาพที่ไม่ชำรุด มีการบำรุงรักษา ดูแลให้สะอาดเรียบร้อย และปลอดภัย			
1.2 พื้นที่สถานพยาบาลไม่มีกิจการอื่นปะปน			
1.3 พื้นที่สถานพยาบาลไม่ปะปนกับร้านขายยา			
1.4 บริเวณทั้งภายนอก และภายในสะอาด เป็นระเบียบ เรียบร้อย			
1.5 มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อับทึบ กรณีติดตั้งเครื่องปรับอากาศ มีพัดลมดูดอากาศออกนอกตัวอาคาร			
1.6 ห้องตรวจ และห้องให้การรักษ เป็นสัดส่วนมิดชิด			
1.7 ข้อความโฆษณาสถานพยาบาล (ถ้ามี) ไม่เป็นเท็จ ไม่โอ้อวด หรือสื่อให้เข้าใจผิด			
1.8 มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1.9 มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม			
1.10 มีการแสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่			
2. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล อัตราค่าบริการพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย			
2.1 มีป้ายชื่อสถานพยาบาลที่มีขนาด ตัวอักษร สี และชื่อถูกต้อง 1 ป้าย			
2.2 แสดงรูปถ่ายและเลขที่ใบอนุญาตโรคศิลปะ ถูกต้องและตรงกับผู้ประกอบโรคศิลปะที่ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้น			
2.3 แสดงอัตราค่าบริการพยาบาล ไว้ในที่เปิดเผย			
2.4 มีข้อความแจ้งให้สอบถามอัตราค่าบริการได้ที่ใด			
2.5 แสดงค่าประกาศสิทธิผู้ป่วยในที่เปิดเผย			
3. การประกอบกิจการและการดำเนินการสถานพยาบาล			
3.1 สถานที่ตั้งคลินิก ถูกต้องตรงตามใบอนุญาต			
3.2 แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลในที่เปิดเผย			
3.3 ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลต่ออายุทุก 2 ปี			
3.4 แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม (ส.พ.12) ไว้บริเวณทางเข้าสถานพยาบาล			
3.5 มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้พนักงานเจ้าหน้าที่ บันทึกการตรวจ			
3.6 การประกอบกิจการตรงตามลักษณะที่ขออนุญาต			
3.7 พบผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล อยู่ดูแลคลินิก			
3.8 มีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามเวลาที่เปิดดำเนินการ			
4. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล			
4.1 เครื่องใช้ทั่วไปประจำสถานพยาบาลมีตามจำนวนที่เหมาะสม			
4.2 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นตามลักษณะสถานพยาบาลตามที่กำหนดในกฎกระทรวง จำนวนเหมาะสมกับลักษณะการประกอบโรคศิลปะ			
4.3 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมกับลักษณะที่ให้บริการ โดย <input type="checkbox"/> การแช่สารเคมี <input type="checkbox"/> การนั่งแรงดันไอน้ำ <input type="checkbox"/> การต้ม <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....			
4.4 มีระบบประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง หากเกิดภาวะฉุกเฉิน			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
5. ว่าด้วยการจัดให้มีรายงาน หลักฐานเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาลและผู้ป่วย และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล			
5.1 มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการประจำวัน (เพื่อความสะดวกในการจัดทำรายงานประจำปี)			
5.2 จัดทำบัตรประจำตัวผู้ป่วย OPD card และมีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามกฎหมายกระทรวง			
5.3 มีการจัดทำรายงานประจำปีตามแบบที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด (สพ. 23) ถูกต้อง			
5.4 มีการส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล (สพ. 23) ตามที่กำหนดให้			
6. ระบบควบคุมคุณภาพ เพื่อความปลอดภัย			
6.1 มีระบบควบคุมคุณภาพการส่งตรวจ			
6.2 มีขั้นตอน การจัดเก็บ นำส่ง สิ่งส่งตรวจ ก่อนการวิเคราะห์			
6.3 มีการเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ที่ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ			
6.4 มีการตรวจสอบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ และลงนามโดยผู้ประกอบโรคศิลปะ			
6.5 กรณีที่ส่งสิ่งส่งตรวจห้องปฏิบัติการอื่น ห้องปฏิบัติการนั้นต้องเป็นหน่วยงานราชการ หรือสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล			

สรุปผลการตรวจและข้อเสนอแนะ.....

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

() ()

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

() ()

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลเรียบร้อยแล้ว และไม่ได้ทำให้ทรัพย์สินของสถานพยาบาลเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด

ลงชื่อ.....ผู้ประกอบกิจการ/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(.....) / หรือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกการแพทย์แผนไทย
(ตรวจประจำปี)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อคลินิก(ตามใบอนุญาต).....
2. ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่.....
3. ชื่อผู้ประกอบการ.....
4. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
5. ตั้งอยู่เลขที่..... ซอย/ตรอก..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/
เขต..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....
6. วันเวลาเปิดทำการ.....
7. ชื่อผู้ประกอบการโรคศิลปะที่พบ..... เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะ.....

ส่วนที่ 2 การตรวจลักษณะคลินิก

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องผลการตรวจ “ถูกต้อง” เมื่อตรวจพบว่าจัดให้มีถูกต้อง และให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ไม่ถูกต้อง” เมื่อตรวจพบว่าไม่จัดให้มีหรือจัดให้มีไม่ถูกต้อง และหากพบว่าอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการ ให้บันทึกในช่องข้อเสนอแนะให้ปรับปรุง โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสม

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูก ต้อง	ไม่ ถูกต้อง	
1. ลักษณะของสถานพยาบาล			
1.1 สถานที่ตั้งอยู่ในสภาพที่ไม่ชำรุด มีการบำรุงรักษา ดูแลให้สะอาดเรียบร้อย และปลอดภัย			
1.2 พื้นที่สถานพยาบาลไม่มีกิจการอื่นปะปน			
1.3 พื้นที่สถานพยาบาลไม่ปะปนกับร้านขายยา			
1.4 บริเวณทั้งภายนอก และภายในสะอาด เป็นระเบียบ เรียบร้อย			
1.5 มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อับทึบ กรณีติดตั้งเครื่องปรับอากาศ มีพัดลมดูดอากาศออกนอกตัวอาคาร			
1.6 ห้องตรวจ และห้องให้การรักษ เป็นสัดส่วนมิดชิด			
1.7 ข้อความโฆษณาสถานพยาบาล (ถ้ามี) ไม่เป็นเท็จ ไม่โอ้อวด หรือล่อให้เข้าใจผิด			
1.8 มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1.9 มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป และมีกรรมาจัดอย่างเหมาะสม			
1.10 มีการแสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่			
2. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล อัตราค่าบริการพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย			
2.1 มีป้ายชื่อสถานพยาบาลที่มีขนาด ตัวอักษร สี และชื่อถูกต้อง 7 ป้าย			
2.2 แสดงรูปถ่ายและเลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ ถูกต้องและตรงกับผู้ประกอบโรคศิลปะที่ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้น			
2.3 แสดงอัตราค่าบริการพยาบาล ไว้ในที่เปิดเผย			
2.4 มีข้อความแจ้งให้สอบถามอัตราค่าบริการได้ที่ใด			
2.5 แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในที่เปิดเผย			
3. การประกอบกิจการและการดำเนินการสถานพยาบาล			
3.1 สถานที่ตั้งคลินิก ถูกต้องตรงตามใบอนุญาต			
3.2 แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลในที่เปิดเผย			
3.3 ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลต่ออายุทุก 2 ปี			
3.4 แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม (ส.พ.12) ไว้บริเวณทางเข้าสถานพยาบาล			
3.5 มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้พนักงานเจ้าหน้าที่ บันทึกการตรวจ			
3.6 การประกอบกิจการตรงตามลักษณะที่ขออนุญาต			
3.7 พบผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล อยู่ดูแลคลินิก			
3.8 มีผู้ประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทย ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามเวลาที่เปิดดำเนินการ			
4. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล			
4.1 เครื่องใช้ทั่วไปประจำสถานพยาบาลมีตามจำนวนที่เหมาะสม			
4.2 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นตามลักษณะสถานพยาบาลตามที่กำหนดในกฎกระทรวง จำนวนเหมาะสมกับลักษณะการประกอบโรคศิลปะ			
4.3 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมกับลักษณะที่ให้บริการ โดย <input type="checkbox"/> การเช็ดสารเคมี <input type="checkbox"/> การนั่งแรงดันไอน้ำ <input type="checkbox"/> การต้ม <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....			
4.4 มีระบบประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง หากเกิดภาวะฉุกเฉิน			

