

เลขรับที่ .....

วันที่ .....

ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล  
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

๑.๒ นิตินบุคคล .....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒) ..... เลขประจำตัว 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นนิตินบุคคลประเภท ..... 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  คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง .....  คลินิกทันตกรรม
- คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง .....  คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกกายภาพบำบัด  คลินิกเทคนิคการแพทย์  คลินิกการแพทย์แผนไทย
- คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์
- สหคลินิก ประกอบด้วย .....

๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย .....

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

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

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

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ .....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยจำนวน ..... ฉบับ คือ

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล   | <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้าง |
| <input type="checkbox"/> แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล  | <input type="checkbox"/> ในบริเวณใกล้เคียง                              |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต  | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว                              |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล   |   |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์  |   |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) |   |
| <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล  |   |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....   |   |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ขอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ

1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล  
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

## ๑. ลักษณะของสถานพยาบาล

- คลินิกเวชกรรม                       คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง .....                       คลินิกทันตกรรม
- คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง .....                       คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- คลินิกกายภาพบำบัด                       คลินิกเทคนิคการแพทย์                       คลินิกการแพทย์แผนไทย
- คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์
- 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 .....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ



บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> อายุรกรรม                               | <input type="checkbox"/> ศัลยกรรม                  | <input type="checkbox"/> สูติรีเวชกรรม      | <input type="checkbox"/> กุมารเวชกรรม    |
| <input type="checkbox"/> แผนกเทคนิคการแพทย์                      | <input type="checkbox"/> แผนกออร์โธปิดิกส์         | <input type="checkbox"/> แผนกโรคผิวหนัง     | <input type="checkbox"/> แผนกการผสมเทียม |
| <input type="checkbox"/> แผนกกายภาพบำบัด                         | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทย        | <input type="checkbox"/> Y แผนกโภชนาการ     | <input type="checkbox"/> แผนกซักฟอก      |
| <input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยหนัก                           | <input type="checkbox"/> ห้องตรวจภายในและชุมชนคลุก | <input type="checkbox"/> ห้องผ่าตัดเล็ก     | <input type="checkbox"/> ห้องให้การรักษา |
| <input type="checkbox"/> ห้องทารกหลังคลอด                        | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ    | <input type="checkbox"/> ห้องไตเทียม        | <input type="checkbox"/> ห้องทันตกรรม    |
| <input type="checkbox"/> รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์            | <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเปิดหัวใจ        | <input type="checkbox"/> การสวนหัวใจ        | <input type="checkbox"/> รังสีบำบัด      |
| <input type="checkbox"/> การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า | <input type="checkbox"/> การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ | <input type="checkbox"/> ห้องเก็บศพ         |  |
| <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์              | <input type="checkbox"/> แผนกการนวด                | <input type="checkbox"/> แผนกการแพทย์แผนจีน |  |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....                             |  |   |  |

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

ณ สถานพยาบาลชื่อ .....

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

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

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

พร้อมทั้งคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว  | <input type="checkbox"/> หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานตามแบบ ส.พ. ๖ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต  | พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน                           |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล   | และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ                                    |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์  | <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล             |
| <input type="checkbox"/> สำเนาฉบับตร หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี)   | <input type="checkbox"/> หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล          |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล) |  |
| <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง   |  |
| <input type="checkbox"/> เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้  |  |
| (ก) แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล  |  |
| (ข) แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง   |  |
| (ค) แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร   |  |
| (ง) ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร   |  |
| (จ) ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร   |  |
| (ฉ) เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร  |  |
| (ช) ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย  |  |

- กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมียกเอกสารเพิ่มเติมดังนี้
  - (ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ
  - (ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร คัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร
  - (ค) หนังสือแสดงความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม
- อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

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

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
 ( ..... )

หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ  
 2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้ยื่นคำเนั้นการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ





พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว  | <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ     |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน   | <input type="checkbox"/> สำเนาโฉนดที่ดิน หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์  | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล                        |
| <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี)                                    |  |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ X ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี |  |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลมาก่อนแล้วสองแห่ง.
๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

( ..... )

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

( ..... ) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ



รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
1.2 มีพื้นที่ภายในเป็นสีขาว และสีตัวอักษร ถูกต้องตามลักษณะคลินิก ดังนี้ กลินิกเวชกรรม/กลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง สีเขียว กลินิกทันตกรรม/ กลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง สีม่วง กลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สีฟ้า กลินิกกายภาพบำบัด สีชมพู กลินิกเทคนิคการแพทย์ สีแดงเลือดหมู กลินิกการแพทย์แผนไทย สีน้ำเงิน กลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สีน้ำตาล สหกลินิก สีเขียวเข้ม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
1.3 ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจนจากภายนอก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
2. สถานที่ตั้งคลินิกตรงกับบ้านเลขที่ ที่ระบุในใบอนุญาต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
3. มีการแสดงใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตดำเนินการ สถานพยาบาลไว้ด้านหน้าคลินิก โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
4. ชำระค่าธรรมเนียมนีแล้ว และ คิด ๙.๗.12 (แบบแสดงการชำระค่าธรรมเนียม ประจำปี) ไว้ด้านหน้าคลินิกสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
5. ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลคืออายุทุก 2 ปี(กรณีใหม่ไม่ถึง 2 ปีใส่ <input type="checkbox"/> มี)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
6. แสดงหรือติดป้ายวัน เวลา ที่ให้บริการ ไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจน ครงคาม ใบอนุญาต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
7. แสดงหรือติดป้าย คำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ด้านหน้าคลินิกในที่เปิดเผย สามารถ มองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
8. แสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ (ข้อความหรือสัญลักษณ์)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
9. แสดงอัตราค่าบริการพยาบาล เช่นค่ายา.....ค่าทำแผล.....ค่าดูดหิน.....ค่าตรวจ เลือด..... ฯลฯ ไว้ในที่เปิดเผย (เป็น ป้าย หรือแป้นหรือคอมพิวเตอร์ ฯลฯ)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
10. มีป้ายแจ้งว่า ขอขณอัตรการรักษพยาบาลได้ที่.....(แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่หรือ ใต้ที่นั่ง) มองเห็นชัดเจน คิวตัวอักษรข้อความสูง 10 เซนติเมตร(ไม่บังคับสี)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
11. มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สำหรับบันทึกประวัติคลินิก ที่ผู้อนุญาตเป็นผู้ออก ให้เป็นเล่มสีเขียว )	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
12. สถานที่ตั้งมีความมั่นคง ปลอดภัยไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตราย จากการ ไร้ตอม (พื้น ผนัง เสา คาน ประตูหรือ โครงสร้างอื่นๆ)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
13. พื้นที่สถานพยาบาลไม่ปะปนกับบ้านขายยาหรือกิจการอื่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
14. กรณีที่มีการให้บริการ ของสถานพยาบาลหลายลักษณะหรือหลายสาขา รวมอยู่ใน อาคารเดียวกัน (สหกลินิก) จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วน ต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
15. บริเวณที่ว่างภายนอก ภายใน และการดูแลอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ มีความ สะอาด เรียบร้อย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
16. มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็น ได้ชัดเจน อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานติดตั้งโดยส่วนบุคคลของตัวเครื่องสูงจาก ระดับพื้นไม่เกิน 1.50 เมตรสามารถอ่านคำแนะนำการใช้ได้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
17. มีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นอับทึบ กรณีคิดเครื่องปรับอากาศ ต้องมีพัดลมดูดอากาศสู่ภายนอกอาคาร ทั้งนี้ ถ้าความสูงของฝ้าเพดานน้อยกว่า 2.60 เมตร ผู้ขออนุญาตฯ ต้องแสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่าระบบระบายอากาศทำงานได้มีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
18. มีห้องตรวจ และห้องให้การรักษา เป็นสัดส่วนมิดชิด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
19. ยานหมออายุหรือเสื่อมสภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
20. ซองยา ขวดยา หรือ ภาชนะบรรจุยาอื่นๆ ให้ระบุชื่อผลิตภัณฑ์ ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ อย่างชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
21. มีวัดดูดออกฤทธิ์หรือไม่ - กรณีที่มีวัดดูดออกฤทธิ์ มีสถานที่หรือตู้เก็บที่มั่นคงและปลอดภัย มีกุญแจปิดและเปิดอย่างมีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
22. มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีตู้เย็นหรือยาที่ต้องเก็บไว้ที่อุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นนั้นต้องไม่มีอาหาร หรือเครื่องเค็มปะปน และมีการควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น โดยมีเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิอย่างน้อย 1 จุด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
23. มีป้ายแสดงรูปถ่าย สาขาวิชาชีพ และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ(ป้ายชื่อใบสีน้ำเงิน)ที่กำลังปฏิบัติงาน ณ ขณะนั้น ในบริเวณที่เห็นได้ชัดเจนหน้าห้องตรวจนั้นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
24. มีบัตรประจำตัวผู้ป่วย(OPD Card) เก็บไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีการบันทึกเกี่ยวกับการให้บริการดังนี้ ก) ชื่อสถานพยาบาล ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ เช่น เชื้อชาติ ที่อยู่ สถานภาพ เลขบัตรประจำตัวประชาชน หมายเลขโทรศัพท์ จ) ประวัติอาการป่วย การแพ้ยา ผลตรวจทางร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฉ) การวินิจฉัยโรค ช) การรักษา ซ) ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพผู้ให้การรักษสถานพยาบาล	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
25. มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการประจำวัน เก็บไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้ ก) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) การวินิจฉัยโรค	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
26. มีการส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล(สท.๒3) รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 กก. ของปีที่ผ่านมาถึง 30 กย. ในปีนั้นๆ ส่งพร้อมชำระค่าธรรมเนียมประจำปีถัดไป	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ล่าสุดส่งรายงานประจำปี.....

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
27. มีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.1 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมครบวงจร การทำความสะอาด และทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อในห้องปฏิบัติการ หรือในบริเวณที่มีงานหัตถการ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.2 กรณีมีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ ไปกระบวนวิธีทำ		
27.2.1 แช่น้ำยา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.2.2 ขอบนึ่งใน Autoclave (เครื่องอบนึ่งภายใต้ความดัน)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.2.3 อื่นๆ ระบุ.....		
28. มีห้องตรวจภายใน หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
28.1 ในกรณีมีห้องตรวจภายใน จะต้องมี		
- ห้องเป็นสัดส่วนมีฉีดยา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
- มีเตียงสำหรับตรวจภายใน และไฟส่องตรวจ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
- มีอุปกรณ์ตรวจภายใน ทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
- มีผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัว ป้องกัน การเปื้อนของร่างกายผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
29. มีเครื่องเอกซเรย์ หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
29.1 กรณีมีเครื่องเอกซเรย์ จะต้องเป็นไปตามมาตรฐานและได้รับอนุญาตจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
30. มีการแยกชุดฝอยติดเชื้อออกจากชุดฝอยทั่วไป มีภาชนะใส่ชุดฝอยติดเชื้อ (ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ "ชุดติดเชื้อ") แยกต่างหากจากภาชนะใส่ชุดฝอยทั่วไป และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม (ชุดฝอยที่เพิ่มขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชิ้นเนื้อศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ให้ถือว่าเป็นชุดฝอยติดเชื้อ)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
31. มีการโฆษณาสถานพยาบาลหรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
26.1 กรณีมีการโฆษณา มีข้อความเป็นไปตามกฎหมาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้อมูลในแบบประเมินนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล / ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง

จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 0 2590 1997 ต่อ 402, 403