**บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกการประกอบโรคศิลปะ**

**ลำดับที่…………………**

**ว/ด/ปี ที่สำรวจ........../............/.........**

**สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย ประจำปี**

**ส่วนที่ 1 บันทึกข้อมูลในช่องว่าง**

1. ชื่อคลินิกตามใบอนุญาต ……………………………………….………..........................................................................

2. ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่ ……………………………………………………………….............................................

3. ใบอนุญาตดำเนินการเลขที่ ………………………..…………………………….………………............................................

4. ชื่อผู้ประกอบกิจการ ......................................................................................................................................

5. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล .......................................................................................................................

6. วัน เวลา เปิดทำการตามใบอนุญาต ……….………………………………………………………..................................

7. ชื่อผู้ประกอบวิชาชีพร่วมที่พบ 1. ....................................................... เลขที่ใบอนุญาต...............................

 2. ....................................................... เลขที่ใบอนุญาต...............................

 3. ....................................................... เลขที่ใบอนุญาต...............................

 4. ....................................................... เลขที่ใบอนุญาต...............................

8. ตั้งอยู่เลขที่…………………………..….…..ซอย/ตรอก………..…………….ถนน……….……………….......…หมู่ที่….........

 ตำบล………………….….…. เขต/อำเภอ.……….…………….….จังหวัด……………………..โทรศัพท์………….………….....

9. ลักษณะอาคารที่ตั้งคลินิก

 □ อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ □ อาคารอยู่อาศัย □ ห้องแถว

 □ ตึกแถว □ บ้านแถว □ บ้านแฝด

 □ ศูนย์การค้า □ อาคารพาณิชย์........................ชั้น

 ตั้งอยู่ชั้นที่...............................................................

 □ คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย □ คอนโดมิเนียมสำนักงาน

 □ อื่น ๆ …………………………………………………....................................................................................

10. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

 ชั้น 1 ................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ชั้น 2 .................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ชั้น 3 ................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ชั้น 4 ................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ชั้น 5 .................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

11. การบริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม………………………………………………………………………………………………………..…

พนักงานเจ้าหน้าที่ ได้มาตรวจมาตรฐาน เมื่อวันที่ .............................................ปรากฏผลการตรวจ ดังนี้คือ

12. เครื่องมือพิเศษ ได้แก่ ..................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................... ...............................................................................................................................................................................

**ส่วนที่ 2 การตรวจลักษณะสถานพยาบาล โปรดใส่เครื่องหมาย** ✓ ในช่องว่างเมื่อถูกต้องและเครื่องหมาย × เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในช่องว่าง กรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้น ๆ เครื่องหมาย –

**ในช่องว่าง**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
| **การตรวจสอบผู้ดำเนินการ**1.พบผู้ดำเนินการการสถานพยาบาล |  |  | หากไม่พบผู้ดำเนินการให้ระบุชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ ชื่อ............................................................................................ |
| 2.เวลาทำการตรงกับเวลาที่ขออนุญาตหรือไม่ |  |  |  |
| 3.หากเจอผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ตรวจสอบได้มีการแสดงรายละเอียดเป็นผู้ประกอบวิชาชีพร่วมหรือไม่ |  |  |  |
| **การตรวจสอบสถานที่**1. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล |  |  |  |
|  1.1 ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ |  |  |  |
|  1.2 อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย |  |  |  |
| 1.3 บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย โดยมีลักษณะดังนี้ |  |  |  |
| 1.3.1 มีพื้นที่โดยรวมไม่ต่ำกว่า 20 ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า 3.00 เมตร |  |  |  |
| 1.3.2 มีส่วนที่นั่งพักคอยของผู้ป่วยและญาติที่เหมาะสม ไม่น้อยกว่า 5- 10 ที่นั่งและที่นั่งต้องมีพนักพิง |  |  |  |
|  1.4 การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ขนาดความกว้างของประตู เข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า 80 เซนติเมตร |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  1.5 ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษา 1.5.1 ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษากั้นเป็นสัดส่วนและมิดชิด มีประตู เปิด-ปิด อย่างชัดเจน  |  |  |  |
|  1.5.2 ภายในห้องตรวจต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค 1 ตัว เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ 1 เตียง |  |  |  |
|  1.5.3 อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำพร้อมมีสบู่เหลวผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว |  |  |  |
|  1.5.4 ไม่มีวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ |  |  |  |
|  1.6 มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้องหรือมีห้องน้ำส่วนรวมในกรณีอาคารศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน |  |  |  |
|  1.7 มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ (หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า 2.6 เมตร ต้องเพิ่มพัดลมดูดอากาศที่เหมาะสม) |  |  |  |
|  1.8 มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม 1.8.1 ทุกห้องตรวจและทุกห้องที่ให้การรักษาผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไป–ถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบใช้เท้าเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิด ถังขยะติดเชื้อใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”ไว้ที่ถังขยะ แยกต่างหากจากถังขยะทั่วไป ใช้ถุงสีดำ เขียนข้อความ “ขยะทั่วไป” ไว้ที่ถังขยะ วางคู่กันทุกห้อง |  |  |  |
|  1.8.2 มีสัญญา/หนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ หรืออาจแสดงใบเสร็จรับเงินที่เป็นเดือนปัจจุบัน |  |  |  |
|  1.9 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม (นอกเหนือจากพิจารณาในภาพรวมแล้ว ให้ตรวจสอบการทำความสะอาดและทำ ให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ ในห้องบำบัดรักษาหรือในบริเวณที่มีงานหัตถการด้วย) |  |  |  |
|  1.10 มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม ตามที่กฎหมายท้องถิ่นบัญญัติ และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน 1.10.1 ขนาดเครื่องดับเพลิงไม่ต่ำกว่า 10 ปอนด์ |  |  |  |
|  1.10.2 มีเครื่องดับเพลิงติดตั้งทุกชั้น |  |  |  |
|  1.10.3 ติดตั้งเครื่องดับเพลิงส่วนบนสูงจากพื้นไม่เกิน 1.5 เมตร หรือวางกับพื้นมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นอย่างชัดเจน และควรมีป้ายแสดงจุดที่ตั้งถังดับเพลิง |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |  |
|  1.11 มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ |  |  |  |
| **2. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการดังต่อไปนี้** 2.1 มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ |  |  |  |
|  2.2 มีการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพ ตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี |  |  |  |
|  2.3 พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น |  |  |  |
|  2.5.1 สถานพยาบาลต้องมีประตู เข้า-ออก คนละทางกับการประกอบกิจการอื่น |  |  |  |
|  2.5.2 การกั้นพื้นที่ต้องเป็นสัดส่วน แสดงให้เห็นประจักษ์ ชัดเจนและถาวร |  |  |  |
| 2.6 ในกรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือ มีคลินิกหลายลักษณะ อยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น แต่ละสาขาต้องมีอย่างน้อย 1 ห้องตรวจโรค ซึ่งต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค 1 ตัว เตียงตรวจโรค 1 เตียง ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือ เปิด-ปิดน้ำ สบู่ |  |  |  |
| **3. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการและสิทธิผู้ป่วย** 3.1 มีป้ายชื่อสถานพยาบาล เป็นไปตามกฎกระทรวง 3.1.1 ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า 40 เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า 120 เซนติเมตร |  |  |  |
|  3.1.2 จัดทำแผ่นป้ายแสดงชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทยขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร ตัวอักษรสีน้ำตาล สีพื้นป้ายสีขาว |  |  |  |
|  3.1.3 เลขที่ใบอนุญาตขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 5 เซนติเมตร ตัวเลขสีน้ำตาล  |  |  |  |
|  3.2 ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกและเหมาะสม |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  3.3 ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวนโอ้อวดเกินจริงหรืออาจสื่อให้เข้าใจผิด 3.3.1 คำนำหน้าชื่อหรือต่อท้ายของชื่อคลินิกต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิก |  |  |  |
|  3.3.2 กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย  |  |  |  |
|  3.3.3 ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช้คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริง หรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการ |  |  |  |
|  3.3.4 ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต |  |  |  |
|  3.3.5 คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอหรือในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่ผู้ขอรับอนุญาตเป็นบุคคลเดียวกันหรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษรหรือหมายเลขเรียงลำดับหรือที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก |  |  |  |
|  3.4 มีข้อความแสดงวัน เวลา ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับเวลาที่ขอรับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล |  |  |  |
|  3.5 มีบริเวณที่ต้องแสดงใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการในบริเวณที่เปิดเผย และเหมาะสม เช่น บริเวณที่นั่งพักคอยของผู้รับบริการ |  |  |  |
|  3.6 มีบริเวณที่ใช้แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.12) ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจนบริเวณทางเข้าสถานพยาบาล |  |  |  |
|  3.7 หน้าห้องตรวจมีบริเวณให้ติดป้ายแสดงชื่อ ภาพถ่าย และเลขที่ใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้บริการ หากมีผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นปฏิบัติงานให้ยื่น สพ.6 ทุกคนและแสดงป้ายนี้ไว้ในบริเวณที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน |  |  |  |
|  3.8 แสดงอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมการบริการที่เรียกเก็บ โดยแสดงอัตราราคาต่อหน่วย และระบุข้อความด้วยอักษรภาษาไทย โดยแสดงไว้ในที่เปิดเผยให้ผู้รับบริการสามารถเห็นได้ง่าย โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่ม หรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  3.9 มีป้ายแสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 10 เซนติเมตร แสดงไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน |  |  |  |
|  3.10 แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่ายอ่านได้ชัดเจน ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 1 เซนติเมตร บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ |  |  |  |
|  3.11 ข้อความโฆษณาสถานพยาบาล (ถ้ามี) ไม่เป็นเท็จ ไม่โอ้อวด หรือสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญ |  |  |  |
| **4.ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล** 4.1 เวชระเบียน  4.1.1 มีตู้หรือชั้นหรืออุปกรณ์เก็บเวชระเบียนที่มั่นคง ปลอดภัยและต้องจัดให้เป็นระเบียบสามารถค้นหาได้ง่าย  |  |  |  |
|  4.1.2 มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย มีรายการดังต่อไปนี้ |  |  |  |
|  1) ชื่อ นามสกุล อายุ ของผู้ป่วย |  |  |  |
|  2) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย |  |  |  |
|  3) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ |  |  |  |
|  4.1.3 มีเวชระเบียน หรือ บัตรผู้ป่วย ที่สามารถ บันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด 1) ชื่อและที่อยู่สถานพยาบาล |  |  |  |
|  2) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย |  |  |  |
|  3) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ |  |  |  |
|  4) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของผู้ป่วย เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส และเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เป็นต้น |  |  |  |
|  5) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยาของผู้รับบริการ |  |  |  |
|  6) บันทึกการให้บริการทางการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย |  |  |  |
|  7) ลายมือผู้ประกอบโรคศิลปะที่ให้บริการ พร้อมแสดงเลขที่ใบอนุญาตการประกอบโรคศิลปะ ทุกครั้งที่ให้บริการ |  |  |  |
|  4.2 ห้องตรวจหรือห้องให้บริการทางการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย 4.2.1 มีขนาดไม่น้อยกว่า 4 ตารางเมตร |  |  |  |
|  4.2.2 มีระบบระบายอากาศที่ดี และเงียบกันเสียงรบกวนจากภายนอก |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  4.2.3 มีประตูเปิด-ปิด อย่างชัดเจน และต้องมีความกว้างไม่ต่ำกว่า 80 เซนติเมตร |  |  |  |
|  4.3 เครื่องใช้ทั่วไป ในห้องให้บริการทางการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมายทุกห้องต้องประกอบด้วย 4.3.1 โต๊ะ พร้อมเก้าอี้สำหรับซักประวัติ และ/หรือให้คำปรึกษาผู้มารับบริการ |  |  |  |
|  4.3.2 ตู้เก็บอุปกรณ์ เครื่องมือการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก เป็นสัดส่วน มิดชิด  |  |  |  |
|  4.3.3 โต๊ะหรือชั้นสำหรับวางอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้  |  |  |  |
|  4.3.4 อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ และผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง  |  |  |  |
|  4.3.5 เครื่องวัดความดันโลหิต |  |  |  |
|  4.3.6 เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกายสำหรับเด็กหรือผู้ใหญ่ |  |  |  |
|  4.3.7 ไม้กดลิ้น ไฟฉาย |  |  |  |
|  4.3.8 เครื่องชั่งน้ำหนัก |  |  |  |
|  4.3.9 ที่วัดความสูงหรือสายวัด |  |  |  |
|  4.3.10 ชุดปฐมพยาบาล |  |  |  |
|  4.4เครื่องมือการตรวจและการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมายที่ต้องจัดให้มี ดังนี้4.4.1 หากมีการบริการการแก้ไขการพูด ต้องจัดให้มีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ดังนี้ 1) กระจกเงาขนาดเหมาะสมกับการให้บริการ 2) ถุงมือ 3) ผ้าก๊อส 4) แบบประเมินการได้ยิน ภาษา การพูด  หรือการกลืน 5) สื่อ อุปกรณ์ที่ใช้ในการกระตุ้น แก้ไข และฟื้นฟูการได้ยิน ภาษา การพูด หรือการกลืน |  |  |  |
| 4.4.2 หากมีการบริการการแก้ไขการได้ยิน ต้องจัดให้มีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ดังนี้ 1) กระจกเงาขนาดเหมาะสมกับการให้บริการ 2) ถุงมือ 3) ผ้าก๊อส ๔) แบบประเมินการได้ยิน ภาษา การพูด  หรือการกลืน |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  ๕) สื่อ อุปกรณ์ที่ใช้ในการกระตุ้น แก้ไข และฟื้นฟูการได้ยิน ภาษา การพูด หรือการกลืน 6) ตู้ตรวจการได้ยิน (เสียงรบกวนภายใน ต้องเป็นไปตามมาตรฐาน ANSI S3.6-2004) 7) เครื่องตรวจการได้ยิน (Audiometer) 8) เครื่องตรวจการทำงานหูชั้นกลาง (Acoustic Immittance Instrument) |  |  |  |
|  4.5 มีแผนการส่งต่อผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมในสถานการณ์ฉุกเฉิน (๑) มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาล |  |  |  |
|  (๒) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย |  |  |  |
|  4.6 มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ ถุงบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag) |  |  |  |

ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่………………………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

ลงชื่อ ……………………………… พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ ……………………………… พนักงานเจ้าหน้าที่

 (…………………………………………..) (………………………..………………..)

ลงชื่อ ……………………………… พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ ……………………………… พนักงานเจ้าหน้าที่

 (…………………………………………..) (………………………..………………..)

 ***ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลนี้แล้วและจะปฏิบัติตามคำสั่งหรือคำแนะนำของพนักงานเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่ได้ทำการละเมิด ข่มขู่ หรือทำให้ทรัพย์สินของสถานพยาบาลหรือบุคคลในสถานพยาบาลเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด***

 ลงชื่อ ………………………………………………….…………....... ผู้ขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

 (………………………………………………….………..)

ลงชื่อ ………………………………………………….…………...... ผู้ขออนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

 (………………………………………………….………..)

ลงชื่อ ………………………………………………….…………...... ผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล

 (………………………………………………….………..)

 วัน…………....เดือน…………..…..……..พ.ศ..…………....