

ที่ สธ ๐๗๐๖.๐๓/ ๒๐๖๓



กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง การชำระค่าธรรมเนียมประจำปี การขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ครบ ๑๐ ปี)
และการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เรียน ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำขอชำระค่าธรรมเนียมประจำปี	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล	จำนวน ๑ ฉบับ
๔. รายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน	จำนวน ๑ ฉบับ
๕. แบบประเมินมาตรฐานฯ โดยตนเอง	จำนวน ๑ ฉบับ
๖. หนังสือมอบอำนาจ	จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ซึ่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ มาตรา ๒๐ ได้กำหนดให้ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลต้องชำระค่าธรรมเนียมทุกปี ประกอบกับมาตรา ๑๙ ได้กำหนดให้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สิบนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต และมาตรา ๒๘ ได้กำหนดให้ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สองนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต นั้น

กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ จึงขอให้ท่านดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี ๒๕๖๕ ขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล กรณีใบอนุญาต ให้ใช้ได้ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ (ครบ ๑๐ ปี) และขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล กรณีที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล จะหมดอายุในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ และขอความร่วมมือในการประเมินรับรองมาตรฐานคลินิกตามสภาพความเป็นจริง ตามแบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเอง ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม - ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ ในวันเวลาราชการที่ ศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ชั้น ๑ ขอยสธารณสุข ๘ กระทรวงสาธารณสุข หากท่านไม่ชำระค่าธรรมเนียมประจำปี การต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล และยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่าเป็นการดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้ริบบรรดาสั่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

๒๕

กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ (นางนลินา ตันตินิรามย์)
ผู้อำนวยการกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
โทร. ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๗

**แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
ในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเอง ประจำปี ๒๕๖๕**

คำชี้แจง ด้วยสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ดำเนินการประเมินมาตรฐาน คลินิกทุกประเภททั่วประเทศ ด้วยการให้แต่ละคลินิกทำการประเมินตนเองโดยบันทึกลงในแบบประเมินด้านล่างนี้

- ★ ในส่วนที่ ๑ เป็นส่วนของข้อมูลทั่วไป ขอให้บันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง
- ★ ในส่วนที่ ๒ เป็นส่วนของการประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทคลินิก ประจำปี โดยตนเองของคลินิก ขอให้ผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลเป็นผู้ประเมินตามสภาพความเป็นจริง
- ★ กรุณาส่งแบบประเมินกลับไปที่ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อคลินิกตามใบอนุญาต.....
๒. ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลเลขที่.....
๓. วัน เวลา เปิดทำการ.....
๔. สถานที่ตั้งคลินิก : บ้านเลขที่..... ชื่ออาคาร/ชื่อศูนย์การค้า.....
เลขที่ห้อง..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....
หมู่ที่ ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
๕. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ตามที่ระบุในใบอนุญาต ชื่อ.....
๖. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ตามที่ระบุในใบอนุญาต ชื่อ.....
๗. จำนวนผู้ประกอบการวิชาชีพ ๑. คน ผู้ประกอบโรคศิลปะ ..คน (โปรดระบุชื่อ-นามสกุลและเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/โรคศิลปะ)
๗.๑ ชื่อ..... นามสกุล..... เลขที่ใบอนุญาต.....
๗.๒ ชื่อ..... นามสกุล..... เลขที่ใบอนุญาต.....
๗.๓ ชื่อ..... นามสกุล..... เลขที่ใบอนุญาต.....
๗.๔ ชื่อ..... นามสกุล..... เลขที่ใบอนุญาต.....

(หากมีจำนวนมากกว่านี้ ให้ระบุเพิ่มเติมแนบท้ายแบบประเมินนี้)

๘. ลักษณะคลินิกที่ให้บริการ
 - คลินิกเวชกรรม
 - มีการให้บริการเกี่ยวกับความงาม
 - ไม่มี การให้บริการเกี่ยวกับความงาม
 - คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม ระบุสาขา.....
 - มีการให้บริการเกี่ยวกับความงาม
 - ไม่มี การให้บริการเกี่ยวกับความงาม
 - คลินิกทันตกรรม
 - คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม ระบุสาขา.....
 - คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 - คลินิกเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระบุสาขา.....
 - คลินิกการแพทย์แผนไทย คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์
 - คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกกายภาพบำบัด
 - สหคลินิกประกอบด้วย.....
 - มีการให้บริการเกี่ยวกับความงาม
 - ไม่มี การให้บริการเกี่ยวกับความงาม
 - คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขา
 - สาขาจักรกรรมบำบัด สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
 - สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก สาขารังสีเทคนิค
 - สาขาจิตวิทยาคลินิก สาขาการอุปการณ
 - สาขาการแพทย์แผนจีน

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการประเมินตนเองตามสภาพความเป็นจริง โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง

ลำดับ	รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
๑	มีป้ายชื่อสถานพยาบาลและเลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการในป้ายตรงกับที่ระบุในใบอนุญาต มีลักษณะดังต่อไปนี้ ๑.๑ ป้ายมีความกว้าง x ยาว ไม่น้อยกว่า ๔๐ ซม. x ๑๒๐ ซม. ตัวอักษรเป็นภาษาไทย ชื่อสถานพยาบาลมีตัวอักษรความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ ซม. และเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล สูงไม่น้อยกว่า ๕ ซม. ถ้าป้ายชื่อมีภาษาต่างประเทศ ร่วมด้วย ตัวอักษรต้องมีขนาดเล็กกว่าภาษาไทย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	แสดงเหตุผลหรือ ข้อเสนอแนะ
	๑.๒ สีพื้นป้ายเป็นสีขาว และสีตัวอักษร ถูกต้องตามลักษณะคลินิก ดังนี้ <input type="checkbox"/> (๑) คลินิกเวชกรรม /คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม สีเขียว <input type="checkbox"/> (๒) คลินิกทันตกรรม /คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม สีม่วง <input type="checkbox"/> (๓) คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ /คลินิกเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สีฟ้า <input type="checkbox"/> (๔) คลินิกกายภาพบำบัด สีชมพู <input type="checkbox"/> (๕) คลินิกเทคนิคการแพทย์ สีแดงเลือดหมู <input type="checkbox"/> (๖) คลินิกการแพทย์แผนไทย /คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สีทอง <input type="checkbox"/> (๗) สหคลินิก สีเขียวเข้ม <input type="checkbox"/> (๘) คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สีน้ำตาล <input type="checkbox"/> - สาขากิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> - สาขารังสีเทคนิค <input type="checkbox"/> - สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย <input type="checkbox"/> - สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก <input type="checkbox"/> - สาขาจิตวิทยาคลินิก <input type="checkbox"/> - สาขากายอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> - สาขาการแพทย์แผนจีน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
	๑.๓ ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจนจากภายนอก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒	สถานที่ตั้งคลินิกตรงกับที่อยู่ ที่ระบุในใบอนุญาต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๓.	มีการแสดงใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตดำเนินการ สถานพยาบาลไว้ด้านหน้าคลินิก โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๔	ชำระค่าธรรมเนียมปีแล้ว และ ติด ส.พ.๑๒ (แบบแสดงการชำระค่าธรรมเนียม ประจำปี) ไว้ด้านหน้าคลินิกสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๕	ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลต่ออายุทุก ๒ ปี (กรณีคลินิกใหม่ไม่ถึง ๒ ปีใส่ ✓ ของ <input type="checkbox"/> มี)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๖	แสดงหรือติดป้ายวัน เวลา ที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจน และ ตรงตามใบอนุญาต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๗	แสดงหรือติดป้าย คำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ด้านหน้าคลินิกในที่เปิดเผย สามารถ มองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๘	แสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ (ข้อความหรือสัญลักษณ์) บริเวณประตูด้านหน้าทางเข้าคลินิก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๙	แสดงอัตราค่าบริการพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าทำแผล ค่าอุดฟัน ค่าตรวจเลือด ฯลฯ ไว้ในที่ เปิดเผย (เป็นป้าย หรือแฟ้ม หรือคอมพิวเตอร์ ฯลฯ)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๐	มีป้ายแจ้งว่า สอบถามอัตราค่าบริการพยาบาลได้ที่... (แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ หรือได้ทันที) มองเห็นชัดเจน ด้วยตัวอักษรข้อความสูง ๑๐ เซนติเมตร สีไม่บ่งคับ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๑	มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาล : ส.พ. ๗ (สำหรับบันทึกประวัติคลินิก ที่ผู้อนุญาตเป็นผู้ออกให้ เป็นเล่มสีเขียว)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๒	สถานที่ตั้งมีความมั่นคง ปลอดภัยไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย (พื้น ผนัง เพดาน ประตูหรือโครงสร้างอื่นๆ)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๓	พื้นที่สถานพยาบาลไม่ปะปนกับบ้านขายยาหรือกิจการอื่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	

ลำดับ	รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
๑๔	กรณีที่มีการให้บริการของสถานพยาบาลหลายลักษณะหรือหลายสาขาพร้อมกันในอาคารเดียวกัน (สหคลินิก) จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๕	บริเวณทั้งภายใน และภายนอกอาคาร เครื่องมือ เครื่องใช้ มีความสะอาด เรียบร้อย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๖	มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานติดตั้งโดยส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นไม่เกิน๑.๕๐เมตร สามารถอ่านคำแนะนำการใช้ได้ และติดตั้งทุกชั้น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๗	มีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นอับทึบ กรณีติดตั้งเครื่องปรับอากาศ ต้องมีพัดลมดูดอากาศสู่ภายนอกอาคาร ทั้งนี้ถ้าความสูงของฝ้าเพดาน น้อยกว่า ๒.๖๐ เมตร ผู้ขอรับอนุญาตต้องแสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่าระบบระบายอากาศทำงานได้มีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๘	มีห้องตรวจ และห้องให้การรักษ เป็นสัดส่วนมิดชิด (ห้องตรวจโรคต้องประกอบด้วยโต๊ะตรวจโรค เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ อย่างพอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๙	การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำโดยสะดวกโดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ๑๙.๑ ขนาดความกว้างของประตูเข้า - ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ซ.ม. และผู้พิการสามารถเข้าออกได้อย่างสะดวก ๑๙.๒ มีทางลาดเอียงสำหรับรถเข็นผู้ป่วย กรณีทางเข้าคลินิกมีความสูง ไม่สะดวกแก่คนพิการ หรือผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้รถเข็น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๐	มีห้องน้ำ ห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อย ๑ ห้อง กรณีสถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้า อนุญาตให้ใช้ห้องส้วมรวมได้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๑	มียาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๒	ซองยา ขวดยา หรือ ภาชนะบรรจุยาอื่นๆ ให้ระบุชื่อคลินิก ที่ตั้งคลินิก ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ พร้อมระบุวันหมดอายุของยา อย่างชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๓	มีวัตถุออกฤทธิ์หรือไม่ ๒๓.๑ กรณีที่มีวัตถุออกฤทธิ์ มีสถานที่หรือตู้เก็บที่มั่นคงและปลอดภัย มีกุญแจเปิดและปิดอย่างมีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๔	มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีตู้แช่หรือยาที่ต้องเก็บไว้ที่อุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นนั้นต้องไม่มีอาหาร หรือเครื่องดื่มปะปน และมีการควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น โดยมีเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิอย่างน้อย๑จุด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๕	มีป้ายแสดงรูปถ่าย สาขาวิชาชีพ และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ(ป้ายชื่อใบสีน้ำเงิน) ที่กำลังปฏิบัติงานในขณะนั้น ในบริเวณที่เห็นได้ชัดเจนหน้าห้องตรวจนั้นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๖	มีแบบบันทึกการรับบริการของผู้ป่วย (เวชระเบียน : OPD Card)และมีการบันทึกเกี่ยวกับการให้บริการดังนี้ ๒๖.๑ ชื่อสถานพยาบาล พร้อมทั้งตั้ง ๒๖.๒ เลขที่ประจำตัวผู้มารับบริการ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
	๒๖.๓ วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
	๒๖.๔ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้มารับบริการ เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ของญาติ กรณีฉุกเฉิน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
	๒๖.๕ ประวัติอาการป่วย การแพ้ยา ผลตรวจทางร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
	๒๖.๖ การวินิจฉัยโรค การรักษา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
	๒๖.๗ ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ให้การรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๗	มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการประจำวันเก็บไว้ไม่น้อยกว่า๕ปีอย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้ ๒๗.๑ ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย ๒๗.๒ เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
	๒๗.๓ วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
	๒๗.๔ การวินิจฉัยโรค และการรักษา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๘	มีตู้ หรือชั้น หรืออุปกรณ์เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และต้องจัดให้เป็นระเบียบ สามารถค้นหาได้ง่าย หรือถ้าเป็นคอมพิวเตอร์ ต้องจัดให้มีระบบสำรองข้อมูล เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	

ลำดับ	รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
๒๙	มีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ ๒๙.๑ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมตรวจสอบ การทำความสะอาด และทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อในห้องบำบัดรักษา หรือในบริเวณที่มีงานหัตถการ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
	๒๙.๒ กรณีมีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ โปรดระบุวิธีทำ (๑) แช่น้ำยา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
	(๒) อบนิ่งใน Autoclave (เครื่องอบนิ่งภายใต้ความดัน)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
	(๓) อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๓๐	มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ (ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ "ขยะติดเชื้อ") แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม มูลฝอยที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัย เรื่องดังกล่าว ให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๓๑	มีสัญญา/หนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ หรืออาจแสดงใบเสร็จรับเงินที่เป็นเดือนปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๓๒	มีเครื่องเอกซเรย์ หรือไม่ ๓๒.๑ กรณีมีเครื่องเอกซเรย์ จะต้องเป็นไปตามมาตรฐานและได้รับอนุญาตจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๓๓	มีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือไม่ ๓๓.๑ กรณีมีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับใบสมัคร หรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์โรคไต หรือสาขากุมารเวชศาสตร์โรคไต หรือผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่ได้ผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากสถาบันที่คณะกรรมการสถานพยาบาลรับรอง ระบุจำนวน.....คน ๓๓.๒ มีผู้ประกอบการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ที่ผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากสถาบันที่คณะกรรมการสถานพยาบาลรับรอง ระบุจำนวน.....คน ๓๓.๓ ในแต่ละช่วงเวลามีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ช่วยปฏิบัติงาน จำนวน.....คน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๓๔	มีห้องตรวจภายใน หรือไม่ ๓๔.๑ ในกรณีมีห้องตรวจภายใน จะต้องมี (๑) ห้องเป็นสัดส่วนมิดชิด (๒) มีเตียงสำหรับตรวจภายใน และไฟส่องตรวจ (๓) มีอุปกรณ์ตรวจภายใน ทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม (๔) มีผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัว ป้องกัน Expose	<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	
๓๕	มีห้องผ่าตัดหรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๓๖	มีการส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล (สพ.๒๓) รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ของปีที่ผ่านมามีถึง ๓๐ กันยายน ในปีขึ้น ๆ ส่งพร้อมชำระค่าธรรมเนียมประจำปีก็ติดไป	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ล่าสุดส่งประจำปี.....
๓๗	มีการโฆษณาสถานพยาบาลหรือไม่ ๓๗.๑ กรณีมีการโฆษณา มีข้อความเป็นไปตามกฎหมาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้อมูลในแบบประเมินนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ประกอบกิจการ/ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(.....)

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 รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเตียง 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 สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ) ผู้ดำเนินการ

(.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ

(.....

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.....

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..... |
| : พันฟู..... | คน..... | ครั้ง..... |
| : อื่นๆ (ระบุ)..... | คน..... | ครั้ง..... |
| ๒) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ..... | | |
| : ส่งเสริม..... | คน..... | ครั้ง..... |
| : ป้องกัน..... | คน..... | ครั้ง..... |
| : พันฟู..... | คน..... | ครั้ง..... |
| : อื่นๆ (ระบุ)..... | คน..... | ครั้ง..... |
| ๓) สาขาการผดุงครรภ์/สาขาการพยาบาลมารดาและทารก..... | | |
| : ส่งเสริม..... | คน..... | ครั้ง..... |
| : ป้องกัน..... | คน..... | ครั้ง..... |
| : พันฟู..... | คน..... | ครั้ง..... |
| : อื่นๆ (ระบุ)..... | คน..... | ครั้ง..... |
| ๔) สาขาการพยาบาลเด็ก..... | | |
| : ส่งเสริม..... | คน..... | ครั้ง..... |
| : ป้องกัน..... | คน..... | ครั้ง..... |
| : พันฟู..... | คน..... | ครั้ง..... |
| : อื่นๆ (ระบุ)..... | คน..... | ครั้ง..... |
| ๕) สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน/การพยาบาลชุมชน..... | | |
| : ส่งเสริม..... | คน..... | ครั้ง..... |
| : ป้องกัน..... | คน..... | ครั้ง..... |
| : พันฟู..... | คน..... | ครั้ง..... |
| : อื่นๆ (ระบุ)..... | คน..... | ครั้ง..... |
| ๖) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต..... | | |
| : ส่งเสริม..... | คน..... | ครั้ง..... |
| : ป้องกัน..... | คน..... | ครั้ง..... |
| : พันฟู..... | 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) ผิงเข็ม.....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 เครื่องลำงไต.....เครื่อง
- ๓.๕ เครื่องสลายนิ่ว.....เครื่อง
- ๓.๖ เครื่องอัลตราซาวนด์.....เครื่อง
- ๓.๗ เครื่องเลเซอร์.....เครื่อง

๓.๘ อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินเบื้องต้น

มี ไม่มี ๓.๘.๑ ถังบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ

มี ไม่มี ๓.๘.๒ ยา เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์อื่นที่สามารถให้การรักษาพยาบาล

และช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน **ตามลักษณะของสถานพยาบาล**

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

๑) คลินิกทันตกรรม/คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง (ระบุ).....

๓.๙ เครื่องมือชนิดอื่นๆ (ระบุ).....

๔. วิธีป้องกันการติดเชื้อในคลินิก

๔.๑ แขนง้ายา (ระบุชนิดน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้).....

ระยะเวลาในการแขนง้ายา.....

๔.๒ ใช้ความร้อนในการทำสะอาดเครื่องมือให้ปราศจากเชื้อ

Autoclave (เครื่องอบนึ่งภายใต้ความดัน) ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ.....

Hot air oven ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ.....

อบด้วยก๊าซ ระยะเวลาในการฆ่าเชื้อ.....

อื่นๆ(ระบุ).....

๔.๓ อื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับความร้อน

Ultrasonic Cleaner ระยะเวลาในการทำสะอาด.....

อื่นๆ(ระบุ).....

๔.๔ การให้ความรู้แก่พนักงาน/เจ้าหน้าที่ในคลินิกเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการทำความสะอาดเครื่องมือ ๑..... ครั้ง/ปี ให้ความรู้ครั้งล่าสุด (วัน/เดือน/ปี).....

๔.๕ มีเอกสารแสดงขั้นตอนในการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการทำลายเชื้อที่ผู้ปฏิบัติงานสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน

มี ไม่มี

๔.๖ วิธีการจัดการขยะติดเชื้อ

มี ไม่มี ๔.๖.๑ มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป (มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ

ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”)

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

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

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

วัน/เดือน/ปีที่รายงาน.....

