

หลักฐานประกอบการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

และต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

ขอให้ท่านเตรียมเอกสารดังต่อไปนี้

๑. คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลฯ
๒. คำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๒๐)
๓. รายงานประจำปีฯ (แบบ ส.พ. ๒๓)
๔. แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายฯ
๕. หนังสือแสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ
๖. ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล ฉบับจริง
๗. สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
๘. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ๑ ฉบับ
(เฉพาะคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์)
๙. ใบรับรองแพทย์ ๑ ฉบับ
๑๐. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป (กรณีที่ต้องออกใบอนุญาตใหม่ เนื่องจากไม่มีที่ต่ออายุ)

อัตราค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาต

- | | |
|--|----------------|
| ๑. ค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลรายปี (ไม่ค้างคืน) | ปีละ ๕๐๐ บาท |
| ๒. ค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ไม่ค้างคืน) | ฉบับละ ๒๕๐ บาท |

หมายเหตุ

กรณีผู้รับอนุญาตมิได้ชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลรายปี ภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ จะต้องชำระเงินเพิ่มอีกร้อยละห้าต่อเดือน

**** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ไม่รับชำระค่าธรรมเนียมฯ ด้วยเงินสด**
ท่านสามารถชำระด้วยบัตรเครดิตพร้อมจ่ายหรือบัตรเครดิตเอเอ็มเดบิต (VISA) หรือ
QR code ผ่าน iBanking ของธนาคารพาณิชย์ต่างๆ **

คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๓

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า (ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)

[] (บุคคลธรรมดา) ชื่อ.....เลขที่บัตรประชาชน.....

[] (นิติบุคคล) ชื่อ.....โดยผู้มีอำนาจลงนาม

๑. ชื่อ.....เลขที่บัตรประชาชน.....

๒. ชื่อ.....เลขที่บัตรประชาชน.....

สถานพยาบาล (คลินิก) ชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการ.....

คลินิกตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....

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

ปัจจุบันมี ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.

[] เป็นบุคคลเดียวกับผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

[] กรณีที่ผู้ดำเนินการกิจการสถานพยาบาล มิใช่ ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

๒.ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๓

จำนวน๕๐๐... บาท และเงินเพิ่มจำนวน.....บาท

(กรณีมาชำระภายหลังจากวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ ต้องชำระเงินเพิ่มเติมละ ๒๕ บาท)

๓.ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร หลักฐานมาพร้อมนี้ คือ

[] ๓.๑ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

[] ๓.๒ รายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ส.พ.๒๓)

[] ๓.๓ แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ด้วยตนเอง ประจำปี ๒๕๖๒

[] ๓.๔ เอกสารอื่นๆ ได้แก่ หนังสือแสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาต

()

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน

()

พร้อมทั้งคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี (กรณีออกใบอนุญาตใหม่)
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด
- เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ) ผู้ดำเนินการ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต

(.....)

หมายเหตุ ๑. ต้องมายื่นคำขอด้วยตนเอง

๒. ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

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 หันตกรรม.....
๑) ส่งเสริม,ป้องกัน..... คน..... ครั้ง
๒) รักษา..... คน..... ครั้ง
๒.๓.๖ หันตกรรมเฉพาะทาง.....
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) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์.....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
 : 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
 : 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) 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 เครื่องตรวจจ็วาระภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า.....เครื่อง
- ๓.๔ เครื่องล้างไต.....เครื่อง
- ๓.๕ เครื่องสลายนิ่ว.....เครื่อง
- ๓.๖ เครื่องอัลตราซาวด์.....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).....

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

๓.๙ เครื่องมือชนิดอื่นๆ (ระบุ).....

๔. วิธีป้องกันการติดเชื้อในคลินิก

๔.๑ แขน้ำยา (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 (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.....

แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติ เภรอกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
 ในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) โดยตนเอง ประจำปี ๒๕๖๒

คำชี้แจง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองการประกอบโรคศิลปะ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ดำเนินการประเมินมาตรฐานคลินิกทุกประเภททั่วประเทศ ด้วยการให้แต่ละคลินิกทำการประเมินตนเอง โดยบันทึกลงในแบบประเมินด้านล่างนี้
- ในส่วนที่ 1 เป็นส่วนของข้อมูลทั่วไป ขอให้บันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง
- ในส่วนที่ 2 เป็นส่วนของการประเมินมาตรฐานฯ ขอให้ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลเป็นผู้ประเมินตามสภาพความเป็นจริง
- กรุณาส่งแบบประเมินกลับไปรษณีย์ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ จังหวัดที่ตั้งคลินิก ส่วนคลินิกในเขตกรุงเทพฯ ส่งไปที่กองการประกอบโรคศิลปะ 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. มีจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ.....คน โปรดระบุชื่อ และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/โรคศิลปะ
- ชื่อ..... เลขที่ใบอนุญาต.....
- ชื่อ..... เลขที่ใบอนุญาต.....
- ชื่อ..... เลขที่ใบอนุญาต.....
- ชื่อ..... เลขที่ใบอนุญาต.....
- ชื่อ..... เลขที่ใบอนุญาต.....
- ชื่อ..... เลขที่ใบอนุญาต.....

(หากมีจำนวนมากกว่านี้ ให้ระบุเพิ่มเติมแนบท้ายแบบประเมินนี้)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการประเมินมาตรฐานฯ ตามสภาพความเป็นจริง โดยใส่เครื่องหมาย ในช่อง

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
1. มีป้ายชื่อสถานพยาบาลและเลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการในป้ายตรงกับที่ระบุในใบอนุญาต มีลักษณะดังต่อไปนี้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	(แสดงเหตุผลหรือข้อเสนอแนะ)
1.1 ป้ายมีความกว้าง x ยาว ไม่น้อยกว่า 40 ซม. x 120 ซม. ตัวอักษรเป็นภาษาไทย ชื่อสถานพยาบาลมีตัวอักษรความสูงไม่น้อยกว่า 10 ซม. ตัวอักษรแสดงประเภท ลักษณะ และเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสูงไม่น้อยกว่า 5 ซม. ถ้าป้ายชื่อมีภาษาต่างประเทศ ตัวอักษรต้องมีขนาดเล็กกว่า ภาษาไทย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
การระบอบอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นอับทึบ กรณีศึกษเครื่องปรับอากาศ ต้องมีทั้งหมด ดูอากาศดูภายนอกอาคาร ทั้งนี้ ถ้าความสูงของฝ้าเพดานน้อยกว่า 2.60 เมตร ผู้ขอรับอนุญาต ต้องแสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่าระบบระบายอากาศทำงานได้มี ประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
18. มีห้องตรวจ และห้องให้การรักษา เป็นสัดส่วนชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
19. ขาหม้ออาดูหรือเสื่อมสภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
20. ซองยา ขวดยา หรือ ภาชนะบรรจุยาอื่นๆ ให้ระบุชื่อคลินิก ชื่อผู้ป่วย ชื่อกา วิธีใช้ อย่างชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
21. มีวัตถุออกฤทธิ์หรือไม่ - กรณีที่มีวัตถุออกฤทธิ์ มีสถานที่หรือตู้เก็บที่มั่นคงและปลอดภัย มีกุญแจ ปิดและเปิดอย่างมีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
22. มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ที่ อุณหภูมิค่า ผู้เข็นนั้นต้องมีอาหาร หรือเครื่องคั้นปะปน และมีการควบคุม อุณหภูมิผู้เข็น โดยมีเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิอย่างน้อย 1 จุด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
23. มีป้ายแสดงรูปถ่าย สาขาวิชาชีพ และเลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ ของผู้ ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ(ป้ายชื่อใบสั่งยาเงิน)ที่กำลังปฏิบัติงาน ในขณะนั้น ในบริเวณที่เห็นได้ชัดเจนหน้าห้องตรวจนั้นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
4. มีบัตรประจำตัวผู้ป่วย(OPD Card) เก็บไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีการบันทึก เกี่ยวกับการให้บริการดังนี้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
ก) ชื่อสถานพยาบาล	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
ง) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ เช่น เชื้อชาติ ที่อยู่ สถานภาพ เลขบัตรประจำตัวประชาชน หมายเลขโทรศัพท์	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
จ) ประวัติอาการป่วย การแพ้ยา ผลตรวจทางร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
ฉ) การวินิจฉัยโรค	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
ช) การรักษา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
ซ) ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพผู้ให้การรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
5. มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการประจำวัน เก็บไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
ก) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
ง) การวินิจฉัยโรค	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
6. มีการตั้งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล(ตพ.23) รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 คก. ของปีที่ผ่านมามีถึง 30 กบ. ในปีนั้น ๆ ส่งพร้อมชำระค่าธรรมเนียมประจำปีถัดไป	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ถ้าส่งส่งรายงานประจำ ประจำปี.....

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
มีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.1 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมตรวจสอบ การทำความสะอาด และ ทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อในห้องบำบัดรักษา หรือในบริเวณที่ปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.2 กรณีมีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ โปรดระบุวิธีทำ		
27.2.1 แชน้ำยา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.2.2 อบนึ่งใน Autoclave(เครื่องอบนึ่งภายใต้ความดัน)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
27.2.3 อื่นๆ ระบุ.....		
มีห้องตรวจภายใน หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
28.1 ในกรณีมีห้องตรวจภายใน จะต้อง มี		
- ห้องเป็นสัดส่วนมิดชิด	<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 การเปิดแผลร่างกายผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
มีเครื่องเอกซเรย์ หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
29.1 กรณีมีเครื่องเอกซเรย์ จะต้องเป็นไปตามมาตรฐานและได้รับอนุญาตจาก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ (ใช้ถุง สีแดง เขียนข้อความ "ขยะติดเชื้อ") แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม (มูลฝอยที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการ รักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ให้ถือว่าเป็น มูลฝอยติดเชื้อ)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
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

หนังสือแสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ

ข้าพเจ้าผู้ประกอบกิจการหรือผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ.....

ได้แสดงหลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ ดังนี้

(โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน หน้าข้อความที่ต้องการ)

สัญญาจ้างการขนถ่ายขยะติดเชื้อ

หนังสือตอบรับหรือใบเสร็จแสดงการขนถ่ายขยะติดเชื้อของการจ้างจากหน่วยงาน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ขนถ่ายขยะติดเชื้อให้หน่วยงาน.....
(กรณีไม่มีหลักฐานมาแสดง)

ลงชื่อ.....

(.....)