

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นขอต่ออายุใบอนุญาตและการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี
 “สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล)”

| รายการเอกสาร | ชำระค่าธรรมเนียม ประจำปี | ต่ออายุ ใบประกอบกิจการ | ต่ออายุ ใบดำเนินการฯ |
|--|-----------------------------|---------------------------|-------------------------|
| กรอกคำขอ | คำขอ ชำระค่าธรรมเนียม | ส.พ.11 | ส.พ.20 |
| ใบอนุญาต | - | ส.พ.7 (ฉบับจริง) | ส.พ.19 (ฉบับจริง) |
| สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ส.พ.8) | ✓ | ✓ | ✓ |
| สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | - | ✓ | - |
| สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับอนุญาต | - | ✓ | - |
| สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล | - | ✓ | - |
| ใบรับรองแพทย์ | - | ✓ | ✓ |
| หนังสือมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์ 30 บาท (กรณีไม่ได้มาติดด้วยตนเอง) | ✓ | ✓ | ✓ |

หมายเหตุ : กรณีไม่ประสงค์ต่ออายุใบอนุญาต ให้ยื่นหนังสือแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.17) พร้อมแนบใบอนุญาตฉบับจริง**

| |
|-----------------------|
| เลขรับที่..... |
| วันที่..... |
| ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ |

คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า(ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)

- (บุคคลธรรมดา) ชื่อ.....เลขบัตรประชาชน.....
- (นิติบุคคล) ชื่อ.....โดย(ผู้มีอำนาจลงนาม)
 - 1. ชื่อ-สกุล.....เลขบัตรประชาชน.....
 - 2. ชื่อ-สกุล.....เลขบัตรประชาชน.....

สถานพยาบาล (คลินิก) ชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการ คลินิกตั้งอยู่เลขที่.....

ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ปัจจุบัน มีผู้ดำเนินการคลินิกชื่อ.....

2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอชำระค่าธรรมเนียมประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี.....จำนวน 500 บาท และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท (กรณีมาชำระภายหลังวันที่ 31 ธันวาคม.....ต้องชำระเพิ่มเติมเดือนละ 25 บาท)

3. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร หลักฐานมาพร้อมนี้ คือ

- 3.1 สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (กรณีมีหรือยังไม่ได้รับสมุดทะเบียน กรุณาแนบสำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล สพ.7)
- 3.2 รายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (สป.23)
- 3.3 ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลฉบับจริง สพ.7 (กรณีใบอนุญาตสิ้นอายุตามที่ระบุไว้ในใบอนุญาต)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการฯ
(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน
(.....)

| |
|--|
| ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก |
| ใบสำคัญรับเงิน เล่มที่.....เลขที่..... |
| จำนวนเงิน.....บาท วันที่...../...../..... |
| ลงชื่อ จนท.ผู้มอบ สพ.12/ลงรายการในใบเสร็จรับเงิน |
| |

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

ขอต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

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.....

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน.....เตียง

๒ ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ตามใบอนุญาตที่..... ออกให้ ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

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

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

ขอต่ออายุใบอนุญาต (ซึ่งเป็นการต่ออายุตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ครั้งที่.....)

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน..... ฉบับ คือ

สำเนาบัตรประจำตัว

ใบรับรองแพทย์

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต

สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้งสถานพยาบาล

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หนังสือรับรองการตรวจสอบสถานพยาบาล จากพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติ

สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ๑. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- ใบรับรองแพทย์ ซึ่งแสดงว่ามีสุขภาพแข็งแรง สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด
- เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ) ผู้ดำเนินการ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต

(.....)

หมายเหตุ ๑. ต้องมายื่นคำขอด้วยตนเอง

๒. ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ได้มอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว)

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้ากระทำลงไปเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตัวเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานในที่นี้แล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ หรือลายนิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจกับผู้รับมอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจกับผู้มอบอำนาจได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้า

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

บัตรประจำตัวของผู้มอบอำนาจ

เลขที่.....

บ้านเลขที่.....

.....

.....

จังหวัด.....

ออกให้ ณ วันที่.....

วันหมดอายุ.....

บัตรประจำตัวของผู้รับมอบอำนาจ

เลขที่.....

บ้านเลขที่.....

.....

.....

จังหวัด.....

ออกให้ ณ วันที่.....

วันหมดอายุ.....

รายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
ประจำปีงบประมาณ.....
(บันทึกข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคมของปีที่ผ่านมา ถึง 30 กันยายน ของปีปัจจุบัน)

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อสถานพยาบาล

ตั้งอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

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

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๑.๒ ชื่อผู้รับอนุญาต..... เลขที่ใบอนุญาต.....

๑.๓ ชื่อผู้ดำเนินการ..... เลขที่ใบอนุญาต.....

๒. ลักษณะสถานพยาบาล.....(เฉพาะสาขา,เฉพาะทาง ระบุ).....

จำนวน.....เตียง

๓. สถิติการบริการ

๓.๑ ผู้ป่วยนอกรวมคน.....ครั้ง

๓.๒ ผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ

(๑) จราจร.....คน.....ครั้ง

(๒) ชนสังคน.....ครั้ง

(๓) อื่น ๆคน.....ครั้ง

๓.๓ ผู้ป่วยในรวม คน, จำนวนวันนอนรวม วัน

๓.๔ ผู้มารับบริการอื่น ๆคน.....ครั้ง

๓.๕ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักคน

๓.๖ ผู้ป่วยผ่าตัด

(๑) การผ่าตัดใหญ่พิเศษ ครั้ง

 ก. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ครั้ง

 ข. การผ่าตัดเปิดหัวใจ ครั้ง

(๒) การผ่าตัดใหญ่ ครั้ง

(๓) การผ่าตัดเล็ก ครั้ง

๓.๗ ผู้ป่วยคลอดบุตร

- (๑) การดูแลก่อนคลอด.....คน, การดูแลหลังคลอด.....คน
 (๒) การคลอดปกติ คน
 (๓) การคลอดผิดปกติ คน
 ก. การผ่าตัดคลอด

คน

- ข. การคลอดโดยใช้เข็ม คน
 ค. การคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ คน
 ง. การคลอดทำผิดปกติ คน

๓.๘ จำนวนทารกแรกเกิด

- (๑) ทารกคลอดครบกำหนด คน
 (๒) ทารกคลอดก่อนกำหนด คน

๓.๙ การสวนหัวใจ ครั้ง

๓.๑๐ การล้างไต ครั้ง

๓.๑๑ รังสีวินิจฉัย ครั้ง

(๑) ด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ครั้ง

(๒) ด้วยเครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ครั้ง

๓.๑๒ รังสีบำบัด ครั้ง

๓.๑๓ ทันตกรรม

ส่งเสริม, ป้องกัน.....ครั้ง

รักษา.....ครั้ง

๓.๑๔ เวชศาสตร์ฟื้นฟู

กายภาพบำบัด.....ครั้ง

กายอุปกรณ์.....ครั้ง

๓.๑๕ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....ครั้ง

๓.๑๖ การแพทย์แผนไทย ครั้ง

๓.๑๗ การส่งต่อผู้ป่วย (จำแนกตามสาเหตุ)

(๑) เกินขีดความสามารถที่จะให้บริการ ครั้ง

(๒) เป็นความประสงค์ของผู้ป่วย ครั้ง

๓.๑๘ การให้บริการนอกสถานที่ โดย

(๑) จำนวนผู้รับบริการเอกซเรย์..... คน

(๒) จำนวนผู้รับบริการทันตกรรม คน

(๓) จำนวนผู้รับบริการชั้นสูตรพลิกศพ..... คน

(๔) จำนวนผู้รับบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่..... คน

๓.๑๙ การตายของผู้ป่วย

- (๑) ตายก่อนถึงสถานพยาบาล คน
- (๒) ตายก่อนรับไว้รักษาภายใน คน
- (๓) ตายหลังรับไว้รักษาภายใน คน
- (๔) โรคที่เป็นสาเหตุการตาย ๕ อันดับแรกของโรงพยาบาล (ตามคู่มือสอบสวนสาเหตุการตายของ
กระทรวงสาธารณสุข)
- ก..... คน
- ข..... คน
- ค..... คน
- ง..... คน
- จ..... คน

๔. เครื่องมือที่สำคัญและยานพาหนะ

- ๔.๑ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่อง
- ๔.๒ เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า เครื่อง
- ๔.๓ เครื่องล้างไต เครื่อง
- ๔.๔ เครื่องสลายนิ่ว เครื่อง
- ๔.๕ เครื่องแกมมาไนฟ์..... เครื่อง
- ๔.๖ เครื่องอัลตราซาวนด์ เครื่อง
- ๔.๗ เครื่องเลเซอร์ เครื่อง
- ๔.๘ รถรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน..... คัน
- ๔.๙ รถเอกซเรย์.....

คัน

- ๔.๑๐ รถทันตกรรม..... คัน
- ๔.๑๑ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕. ข้อมูลด้านคุณภาพบริการ

๕.๑ ระบบพัฒนาคุณภาพบริการ

- ๕.๑.๑. ISO อยู่ในช่วงการจัดทำ ได้รับการรับรองจากองค์กรภายนอกแล้ว

ได้รับ ISO เฉพาะส่วน ทั้งหมด

จาก เมื่อวันที่

- ๕.๑.๒. HA อยู่ในช่วงการจัดทำ ได้รับการรับรองจากองค์กรภายนอกแล้ว

จาก เมื่อวันที่

๕.๒ ระบบประกันสุขภาพ

- ๕.๒.๑ เข้าร่วมโครงการประกันสังคม จำนวนผู้ประกันตน.....คน
- ๕.๒.๒ เข้าร่วมโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนผู้ขึ้นทะเบียน.....คน
- ๕.๓ การส่งบุคลากรไปอบรมหรือฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง คน
- ๕.๔ การจัดอบรมวิชาการหรือพัฒนาการบริการภายในจำนวนเรื่อง คน
- ๕.๕ จำนวนการตายผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน (Preadmission Resuscitation Failure) คน
- ๕.๖ จำนวนมารดาตาย คน
- ๕.๗ จำนวนทารกเกิดโรชีพ คน
- ๕.๘ จำนวนทารกที่ตายก่อนอายุครบ 7 วัน คน
- ๕.๙ จำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 1 ปีตาย คน

๖. อัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ

๖.๑ แพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง

- ๖.๑.๑ แพทย์ทั่วไปที่อยู่ประจำ.....คน แพทย์ทั่วไปที่อยู่บางเวลา

คน

๖.๑.๒ แพทย์เฉพาะทางที่อยู่ประจำ จำแนกตามสาขา

| | | | |
|-------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| เวชปฏิบัติทั่วไป | คน | ประสาทศัลยศาสตร์ | คน |
| พยาธิวิทยาทั่วไป | คน | ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา | คน |
| พยาธิวิทยากายวิภาค | คน | ศัลยศาสตร์ตกแต่ง | คน |
| พยาธิวิทยาคลินิก | คน | กุมารศัลยศาสตร์ | คน |
| อายุรศาสตร์ | คน | ศัลยศาสตร์ทวารหนัก | คน |
| จิตเวชศาสตร์ | คน | ศัลยศาสตร์ทรวงอก | คน |
| ศัลยศาสตร์ | คน | รังสีวิทยาวินิจฉัย | คน |
| สูติศาสตร์นรีเวช | คน | รังสีรักษา | คน |
| กุมารเวชศาสตร์ | คน | เวชศาสตร์นิวเคลียร์ | คน |
| รังสีวิทยา | คน | เวชศาสตร์ฟื้นฟู | คน |
| วิสัญญีวิทยา | คน | เวชศาสตร์ป้องกัน | คน |
| ประสาทวิทยา | คน | โลหิตวิทยา | คน |
| สรีรวิทยา | คน | อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร | คน |
| จักษุวิทยา | คน | อายุรศาสตร์โรคหัวใจ | คน |
| โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา | คน | อายุรศาสตร์โรคทรวงอก | คน |
| นิติเวชศาสตร์ | คน | อื่น ๆ(ระบุ)..... | คน |
| ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ | คน | | คน |

| | | | | |
|------|--------------------------|----------|-------------------------------|----|
| ๖.๒ | ทันตแพทย์ประจำ | คน | ทันตแพทย์บางเวลา | คน |
| ๖.๓ | ผู้ช่วยทันตแพทย์ | คน | | |
| ๖.๔ | ช่างทันตกรรม | คน | | |
| ๖.๕ | เภสัชกรประจำ | คน | เภสัชกรบางเวลา..... | คน |
| ๖.๖ | ผู้ช่วยเภสัชกรรม | คน | | |
| ๖.๗ | พยาบาลวิชาชีพประจำ | คน | พยาบาลวิชาชีพบางเวลา..... | คน |
| ๖.๘ | พยาบาลเทคนิคประจำ | คน | พยาบาลเทคนิคบางเวลา..... | คน |
| ๖.๙ | วิสัญญีพยาบาล | คน | | |
| ๖.๑๐ | เจ้าหน้าที่พยาบาล | คน | | |
| ๖.๑๑ | นักกายภาพบำบัดประจำ | คน | นักกายภาพบำบัดบางเวลา..... | คน |
| ๖.๑๒ | ผู้ช่วยกายภาพบำบัด | คน | | |
| ๖.๑๓ | พนักงานอาชีพบำบัด | คน | | |
| ๖.๑๔ | พนักงานเวชกรรมฟื้นฟู | คน | | |
| ๖.๑๕ | นักเทคนิคการแพทย์ประจำ | คน | นักเทคนิคการแพทย์บางเวลา..... | คน |
| ๖.๑๖ | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ | คน | | |
| ๖.๑๗ | เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ | คน | | |
| ๖.๑๘ | นักโภชนาการ | คน | | |
| ๖.๑๙ | โภชนาการ | คน | | |
| ๖.๒๐ | นักจิตวิทยา | คน | | |
| ๖.๒๑ | นักสังคมสงเคราะห์ | คน | | |
| ๖.๒๒ | นักสถิติ | คน | | |
| ๖.๒๓ | เจ้าหน้าที่เวชสถิติ | คน | | |
| ๖.๒๔ | ลูกจ้างหรือพนักงานอื่น ๆ | คน | | |

(ลายมือชื่อ)

(.....

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ)

(.....

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

วันที่รายงาน.....

1. โรงพยาบาล :ขนาดเตียง
 ตั้งอยู่ :
 โทร : โทรสาร :
 ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล :
 ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล :
2. ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลเลขที่
 ใช้ได้จนถึงวันที่.....เดือนพ.ศ.
3. อาคารสถานพยาบาล
 - อาคารสถานพยาบาลได้รับอนุญาต ก่อน พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 บังคับใช้
 (ได้รับอนุญาตเมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ.....)
 - อาคารสถานพยาบาลได้รับอนุญาต ตาม พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541
 (ได้รับอนุญาตเมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ.....)
4. มีหน่วยบริการตามกฎหมายกำหนด ดังนี้
 - 1. แผนกเวชระเบียน
 - 2. แผนกผู้ป่วยนอก
 - อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม โรคผิวหนัง ไตเทียม
 - 3. แผนกผู้ป่วยใน
 - 4. แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน
 - 5. แผนกเภสัชกรรม
 - 6. แผนกกายภาพบำบัด
 - 7. แผนกเทคนิคการแพทย์
 - 8. แผนกรังสีวิทยา และการวินิจฉัยภาพอื่น
 - 8.1 รังสีวินิจฉัย : เอ็กซเรย์ทั่วไป รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์ Mammogram
 รังสีวินิจฉัยด้วย Fluoroscopy อื่นๆ
 - 8.2 รังสีรักษา
 - 8.3 เวชศาสตร์นิวเคลียร์
 - 8.4 Ultrasound
 - 8.5 การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)
 - 8.6 อื่นๆ
 - 9. แผนกผ่าตัด
 - ผ่าตัดทั่วไป มีห้องผ่าตัด.....ห้อง
 - การผ่าตัดเปิดหัวใจ มีห้องผ่าตัด.....ห้อง
 - หองผ่าตัดเล็ก มีห้องผ่าตัด.....ห้อง
 - อื่นๆ
 - 10. แผนกสูติกรรม
 - 11. ระบบรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน

- 12. ระบบควบคุมการติดเชื้อ
- 13. ระบบบำบัดน้ำเสีย 14. ระบบไฟฟ้าสำรอง 15. ระบบน้ำสำรอง
- 16. หน่วยบริการหรือระบบสนับสนุนการให้บริการอื่นตามที่แจ้งไว้ในการขออนุญาต
 - 16.1 แผนกผู้ป่วยวิกฤต : ICU จำนวนเตียง CCU จำนวนเตียง
 - 16.2 แผนกรักษาผู้มีบุตรยาก
 - 16.3 ทันตกรรม
 - 16.4 แผนกการแพทย์แผนไทย
 - 16.5 แผนกการแพทย์แผนจีน
 - 16.6 การสวนหัวใจ (Cardiac Catheterization)
 - 16.7 ห้อง negative pressure จำนวน ห้อง
 - 16.8 แผนกโภชนาการ หากใช้บริการภายนอก ระบุชื่อ.....
 - 16.9 แผนกซักฟอก หากใช้บริการภายนอก ระบุชื่อ.....
 - 16.10 รถบริการตรวจสอบสภาพเคลื่อนที่
 - 16.11 แผนกหน่วยจ่ายกลาง (CSSD) หากใช้บริการภายนอก ระบุชื่อ.....
 - 16.12 อื่นๆ

โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กอาจไม่มีหน่วยบริการตาม (๖) (๗) (๘) (๙) หรือ (๑๐) แต่จะต้องจัดให้มีบริการเท่าที่จำเป็นได้

5. ผู้ประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาหรือบางเวลาในเวลาเปิดทำการระหว่างเวลา 08.00 - 20.00 น. และเวลา 20.00 - 08.00 น. โดยทำสัญญาจ้างจากผู้รับอนุญาต

| ผู้ประกอบวิชาชีพ/ ผู้ประกอบโรคศิลปะ | จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายกระทรวงฯ พ.ศ. 2558 | | | | หมายเหตุ (สมุดทะเบียน ส.พ. 9) |
|--|--|----------|-----------------------|----------|----------------------------------|
| | เวลา 08.00 - 20.00 น. | | เวลา 20.00 - 08.00 น. | | |
| | ตามเกณฑ์ | ตาม สพ.6 | ตามเกณฑ์ | ตาม สพ.6 | |
| 1. เวชกรรม | | | | | |
| 2. การพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง | | | | | |
| 3. เภสัชกรรม | | | | | |
| 4. เทคนิคการแพทย์ | | | | | |
| 5. กายภาพบำบัด | | | | | |
| 6. รังสีเทคนิค | | | | | |
| กรณีมีบริการเพิ่มเติมต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ เพิ่มเติม ตามเวลาที่ให้บริการ | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |
| 11. | | | | | |
| 12. | | | | | |
| 13. | | | | | |

| ผู้ประกอบวิชาชีพ/ ผู้ประกอบโรคศิลปะ | จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎกระทรวงฯ พ.ศ. 2558 | | | | หมายเหตุ (สมุดทะเบียน ส.พ. 9) |
|--|--|----------|-----------------------|----------|----------------------------------|
| | เวลา 08.00 – 20.00 น. | | เวลา 20.00 – 08.00 น. | | |
| | ตามเกณฑ์ | ตาม สพ.6 | ตามเกณฑ์ | ตาม สพ.6 | |
| 14. | | | | | |
| 15. | | | | | |

6. รายละเอียด เครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ตามกฎกระทรวงกำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

6.1 เครื่องมือ และเครื่องใช้ทั่วไปในแต่ละหน่วยบริการ เช่น โต๊ะ ตู้ เตียง เก้าอี้ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ ภาชนะบรรจุมูลฝอยทั่วไป และภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ

6.2 เครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่ต้องจัดให้มีในแต่ละหน่วยบริการต้องเหมาะสมกับลักษณะการให้บริการ

6.3 รถเข็นนอนและรถเข็นนั่งสำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

6.4 แผนกเวชระเบียนต้องจัดให้มีตู้หรือชั้นหรืออุปกรณ์เก็บเวชระเบียนที่มั่นคง ปลอดภัย และต้องจัดให้เป็นระเบียบสามารถค้นหาได้ง่าย หรือถ้าเป็นระบบคอมพิวเตอร์ต้องจัดให้มีระบบข้อมูลสำรองเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย

6.5 แผนกผู้ป่วยนอก ต้องจัดให้มี

- (ก) ชุดตรวจโรคทั่วไปและชุดตรวจโรคเฉพาะทาง
- (ข) ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ
- (ค) เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ
- (ง) เครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วนสูงของร่างกาย

6.6 แผนกผู้ป่วยใน ต้องจัดให้มี

- (ก) อุปกรณ์ประจำหน่วยบริการ ได้แก่ ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ
 - ชุดทำแผลฉีดยา ชุดให้ยาผู้ป่วย ตู้เก็บเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม ชุดตรวจร่างกายเบื้องต้น
- (ข) อุปกรณ์ประจำเตียงและห้องผู้ป่วย ได้แก่ เตียงที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ เครื่องดูดเสมหะ
 - ออกซิเจนอุปกรณ์ช่วยหายใจ และมีระบบเรียกพยาบาล

6.7 แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ต้องจัดให้มี

- (ก) ชุดตรวจโรคทั่วไป
- (ข) ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ
- (ค) เครื่องกระตุ้นหัวใจ
- (ง) เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ
- (จ) ชุดใส่ท่อหายใจ และช่วยหายใจ
- (ฉ) ชุดและอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาล เช่น การล้างสารพิษ การตามกระดูกเบื้องต้น ชุดห้ามเลือด ชุดล้างท้อง
- (ช) ชุดรักษาฉุกเฉิน เช่น ชุดเจาะปอด ชุดเจาะคอ ชุดให้น้ำเกลือโดยทางผ่าเส้นเลือด โคมไฟส่องเฉพาะที่

- (ซ) อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ
- (ฌ) ระบบไฟฟ้า หรือแสงสว่างสำรอง

6.9 แผนกเภสัชกรรม ต้องจัดให้มี

- (ก) ตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่นหรือตู้ที่ต้องควบคุมอุณหภูมิพร้อมเทอร์โมมิเตอร์ วัดอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์
- (ข) ในกรณีที่มีวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทหรือยาเสพติดให้โทษ ให้มีสถานที่หรือตู้เก็บที่มี กุญแจปิดและเปิดอย่างมีประสิทธิภาพ
- (ค) อุปกรณ์การนับเม็ดยาอย่างน้อยสองชุด
- (ง) ตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์อื่น

6.10 แผนกกายภาพบำบัด ต้องจัดให้มี

- (ก) เครื่องมือหรืออุปกรณ์ ที่ใช้ในการตรวจประเมินและวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด เช่น โกลนีโอมิเตอร์ สายวัดความยาว เครื่องวัดความดัน และหูฟัง
- (ข) เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกายภาพบำบัด รวมถึงเครื่องมือไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ ตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ

6.11 แผนกเทคนิคการแพทย์ ต้องจัดให้มี

- (ก) เครื่องมือตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและน้ำยาตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ ของ ประเภทการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ

- (ข) ตู้เย็นสำหรับเก็บรักษาสิ่งตัวอย่างและน้ำยาสำหรับการตรวจวิเคราะห์

6.12 แผนกรังสีวิทยา ต้องจัดให้มี

- (ก) อุปกรณ์วัดและป้องกันอันตรายจากรังสี
- (ข) เครื่องเอกซเรย์ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์
- (ค) ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ อย่างน้อยหนึ่งชุด
- (ง) เครื่องล้างฟิล์ม
- (จ) ตู้อ่านฟิล์มหรืออุปกรณ์อ่านฟิล์มระบบดิจิทัล
- (ฉ) เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ
- (ช) ระบบไฟสัญญาณเตือนขณะเครื่องเอกซเรย์ทำงาน

6.13 แผนกผ่าตัด ต้องจัดให้มี

- (ก) เตียงและโคมไฟผ่าตัดแบบมาตรฐานใช้ในการผ่าตัดทุกห้องที่ใช้งานผ่าตัด
- (ข) เครื่องดมยาสลบที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และระบบแก๊สทางการแพทย์ซึ่งมีสัญญาณเตือน อันตรายทุกห้องที่ขออนุญาตใช้งาน
- (ค) ถังออกซิเจน และเครื่องดูดเสมหะสำรองพร้อมใช้งาน

- (ง) ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทุกห้อง
 - (จ) เครื่องมือผ่าตัดที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และเพียงพอสำหรับการผ่าตัดตามสาขาโรค
 - (ฉ) อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือปิดเปิดน้ำ
 - (ช) ตู้เสื้อผ้า และบริเวณสำหรับเจ้าหน้าที่เปลี่ยนเสื้อผ้า และรองเท้า
 - (ซ) ระบบไฟฟ้า หรือแสงสว่างสำรอง
- 6.15 แผนกสูติกรรม ต้องจัดให้มี
- (ก) เตียงทำคลอด และคอมไฟ
 - (ข) เตียงรอกคลอดอย่างน้อยหนึ่งเตียงต่อเตียงทำคลอดหนึ่งเตียง
 - (ค) เตียงทารกแรกคลอด
 - (ง) ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ ในการช่วยฟื้นคืนชีพทุกห้อง
 - (จ) ระบบแก๊สทางการแพทย์ เครื่องดูดเสมหะ และอุปกรณ์ช่วยหายใจ
- 6.15 แผนกสูติกรรม ต้องจัดให้มี (ต่อ)
- (ฉ) เครื่องมือทำคลอดจำนวนที่เพียงพอและได้มาตรฐานทางการแพทย์
 - (ช) เครื่องตรวจสัญญาณชีพทารกในครรภ์
 - (ซ) อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือปิดเปิดน้ำ
 - (ฅ) อ่างอาบน้ำทารก
 - (ญ) เครื่องซังน้ำหนักทารกแรกเกิด
- 6.16 ระบบรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ต้องได้รับอนุญาตให้ใช้งานจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และต้องจัดให้มี
- (ก) ไฟสัญญาณฉุกเฉินสีน้ำเงินติดตั้งบนหลังคารถ
 - (ข) เปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - (ค) เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ
 - (ง) ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพประจำรถ
 - (จ) ชุดห้ามเลือด เย็บแผล และทำแผล
- 6.17 ระบบควบคุมการติดเชื้อ ต้องจัดให้มี
- (ก) เครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำความสะอาด
 - (ข) อ่างและบริเวณที่เพียงพอสำหรับล้างและเตรียมเครื่องมือ
 - (ค) หม้อต้ม หม้อนึ่งหรือหม้อนึ่งอบความดันหรือระบบฆ่าเชื้อด้วยแก๊สที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ
 - (ง) ตู้ที่มีขีดจำกัดสำหรับเก็บเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อแล้ว และมีเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน
 - (จ) ตู้เสื้อผ้าและบริเวณสำหรับเจ้าหน้าที่เปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้า
 - (ฉ) อุปกรณ์สำหรับตรวจสอบประสิทธิภาพการปราศจากเชื้อ
 - (ช) รถเข็นรับส่งสิ่งของสะอาด
 - (ซ) รถเข็นรับส่งสิ่งของใช้แล้ว
- 6.18 ระบบบำบัดน้ำเสียต้องจัดให้มีมาตรฐานที่กำหนดไว้ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น
- 6.19 ระบบไฟฟ้าต้องจัดให้มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้ามีกำลังเพียงพอสำหรับอุปกรณ์ที่จำเป็น และติดตั้งไฟแสงสว่างฉุกเฉินตามจุดที่จำเป็น
- 6.20 ระบบน้ำสำรองต้องจัดให้มีที่เก็บกักน้ำสำรองขนาดที่เพียงพอสำหรับการใช้ที่จำเป็น

7. ในกรณีที่มีหน่วยบริการและระบบสนับสนุนการให้บริการอื่นเพิ่มเติม โรงพยาบาลต้องจัดให้มีเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์เฉพาะที่จำเป็นประจำแต่ละหน่วยบริการและระบบสนับสนุนการให้บริการเพิ่มเติมในจำนวนที่เหมาะสมเพียงพอ ดังนี้

7.1 หอผู้ป่วยหนัก ต้องจัดให้มี

- (ก) หน่วยปฏิบัติการพยาบาล
 - (ข) ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างน้อยหนึ่งชุด และเพิ่มขึ้นหนึ่งชุดทุก ๆ ห้าเตียง
 - (ค) เครื่องตรวจสอบการเต้นของหัวใจอย่างน้อยหนึ่งเครื่องต่อสองเตียง
 - (ง) เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อยหนึ่งเครื่อง และเพิ่มขึ้นหนึ่งเครื่องทุก ๆ สามเตียง
 - (จ) เครื่องกระตุ้นหัวใจ
 - (ฉ) เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจครบทุกเตียง
 - (ช) เตียงนอนแบบมาตรฐาน ซึ่งปรับศีรษะและปลายเท้าสูงต่ำได้
 - (ซ) ระบบเรียกพยาบาลประจำเตียงผู้ป่วย
- 7.2 ห้องให้การรักษาดังจัดให้มีเตียง และอุปกรณ์ทำแผล ฉีดยา ใส่ฝีก ให้เลือดและให้น้ำเกลือ
- 7.3 ห้องผ่าตัดเล็กต้องจัดให้มีเตียงและคอมไฟผ่าตัด ชุดเครื่องมือผ่าตัดทั่วไป ตู้เก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ และระบบไฟฟ้าและแสงสว่างสำรอง

7.4 ห้องตรวจภายใน และชุดมดลูก ต้องจัดให้มี

- (ก) ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยอย่างน้อยหนึ่งชุด
- (ข) เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ คอมไฟ หรืออุปกรณ์แสงสว่าง เพื่อการตรวจภายใน
- (ค) เตียงสำหรับใช้ตรวจภายใน และใช้ชุดมดลูก
- (ง) ชุดตรวจภายใน และชุดมดลูกที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์
- (จ) อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือปิดเปิดน้ำ

7.5 ห้องทารกหลังคลอด ต้องจัดให้มี

- (ก) เตียงทารกหลังคลอด และตู้อบอุ่นทารกคลอดก่อนกำหนด
- (ข) เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ
- (ค) อ่างอาบน้ำทารก
- (ง) เครื่องรักษาทารกตัวเหลืองด้วยแสง

7.6 ห้องทันตกรรม ต้องจัดให้มี

- (ก) ยูนิตทำฟัน ประกอบด้วยระบบให้แสงสว่าง ระบบเครื่องกรอฟัน ระบบดูดน้ำลาย ระบบน้ำ บ้วนปาก และเก้าอี้คนไข้
- (ข) เก้าอี้ทันตแพทย์ และเก้าอี้ผู้ช่วยทันตแพทย์
- (ค) เครื่องเอกซเรย์ฟันที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์
- (ง) หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ
- (จ) ชุดตรวจฟัน อุดฟัน ถอนฟัน ชุดศัลยกรรมช่องปาก ชุดรักษาคอลงรากฟัน ชุดรักษาโรคเหงือก ชุดทันตกรรมประดิษฐ์ เครื่องชุดหินน้ำลาย และเครื่องมืออุปกรณ์อื่นตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ

7.7 ห้องไตเทียม ต้องจัดให้มี

- (ก) เครื่องล้างไต
- (ข) เครื่องผลิตน้ำสำหรับล้างไต
- (ค) ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ
- (ง) เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ
- (จ) เครื่องกระตุ้นหัวใจประจำสถานพยาบาลที่สามารถนำมาใช้ได้โดยสะดวก

7.8 แผนกซักฟอก ต้องจัดให้มี (ถ้าใช้บริการจากบุคคลภายนอกให้ส่งสำเนาเอกสารการทำสัญญา)

- (ก) อุปกรณ์ซักกรีด
- (ข) อุปกรณ์ซักผ้าติดเชื้อ
- (ค) ตู้เก็บเสื้อผ้า
- (ง) อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อต่อผู้ปฏิบัติงาน

7.9 แผนกโภชนาการ ต้องจัดให้มี (ถ้าใช้บริการจากบุคคลภายนอกให้ส่งสำเนาเอกสารการทำสัญญา)

- (ก) โต๊ะเตรียมอาหารที่สะอาด
- (ข) อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการประกอบอาหารและจัดส่งอาหารที่ถูกสุขลักษณะ
- (ค) อุปกรณ์ระบายอากาศ เครื่องดูดควัน และอุปกรณ์ป้องกันแมลงและสัตว์รบกวน
- (ง) ตู้เก็บอาหารที่สะอาดและมีฉีดยุติ
- (จ) เครื่องแต่งกายของเจ้าหน้าที่ตามหลักสุขาภิบาลอาหาร

7.10 ห้องพักรักษาที่ให้บริการเก็บศพตั้งแต่ยี่สิบสี่ชั่วโมงขึ้นไป ต้องจัดให้มี

- (ก) ตู้เย็นสำหรับเก็บศพ
- (ข) รถเข็นศพ

7.11 ยานพาหนะสำหรับให้บริการนอกโรงพยาบาลต้องมีมาตรฐาน ดังต่อไปนี้

- (ก) รถเอกซเรย์เคลื่อนที่ ต้องมีเครื่องเอกซเรย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยพร้อมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ หรือหน่วยงานอื่นที่ได้รับมอบหมาย และหากมีบริการชันสูตรร่วมด้วย ต้องเป็นไปตามมาตรฐานที่ผู้อนุญาตประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาล
- (ข) รถทันตกรรมที่ได้มาตรฐานตามที่ผู้อนุญาตประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาล
- (ค) รถปฏิบัติการชันสูตรที่ได้มาตรฐานตามที่ผู้อนุญาตประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาล

8. รายละเอียดตามกฎกระทรวงว่าด้วยลักษณะสถานพยาบาล และลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล

พ.ศ.2545(ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541)

8.1 อาคารสถานพยาบาลตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

- เหมาะสม
- ไม่เหมาะสม

8.2 สำหรับสถานพยาบาลที่มีลักษณะเป็นโรงพยาบาล โครงสร้างของอาคารต้องไม่ติดกับอาคารหรือสิ่งปลูกสร้างอื่น

- 8.2.1 มี
- เหมาะสม
- ควรปรับปรุง
- 8.2.2 ไม่มี

8.3 อาคารที่ให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่สามชั้นขึ้นไป จะต้องมิลิฟท์บรรทุกเตียงผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ตัว หรือ มีทางลาดเอียง เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

8.3.1 อาคารนี้เป็นอาคารสูง ชั้น

8.3.2 มิลิฟท์บรรทุกเตียงผู้ป่วย

8.3.2.1 มี

เหมาะสม

ควรปรับปรุง

8.3.2.2 ไม่มี

8.3.3 ทางลาดเอียง มีความชันไม่เกิน 15 องศา

8.3.3.1 มี

เหมาะสม

ควรปรับปรุง

8.3.3.2 ไม่มี

8.4 ต้องมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และผู้พิการ ดังนี้

8.4.1 ทางลาดเอียง มีความชันไม่เกิน 15 องศา

8.4.1.1 มี

เหมาะสม

ควรปรับปรุง

8.4.1.2 ไม่มี

8.4.2 มีราวเกาะ หรือราวพุงตัวสำหรับผู้พิการ

8.4.2.1 มี

เหมาะสม

ควรปรับปรุง

8.4.2.2 ไม่มี

8.4.3 มีห้องน้ำสำหรับผู้พิการ

8.4.3.1 มี

เหมาะสม

ควรปรับปรุง

8.4.3.2 ไม่มี

8.5 ทางสัญจรในส่วนให้บริการผู้ป่วยต้องกว้างไม่น้อยกว่า 2 เมตร

8.5.1 มี

เหมาะสม

ควรปรับปรุง

8.5.2 ไม่มี

8.6 รายละเอียดด้านความปลอดภัยตามกฎหมาย

8.6.1 อาคารที่สูงตั้งแต่ 4 ชั้นขึ้นไป นอกจากมีบันไดปกติแล้ว ต้องมีบันไดหนีไฟเพิ่มอีก 1 บันได

- 8.6.1.1 มี
- เหมาะสม
- ควรปรับปรุง
- 8.6.1.2 ไม่มี

8.7 ประโยชน์ใช้สอยให้มีความสะดวก และเหมาะสมต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย

8.7.1 ห้องตรวจผู้ป่วยมีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 9 ตารางเมตร

- 8.7.1.1 มี
- เหมาะสม
- ควรปรับปรุง
- 8.7.1.2 ไม่มี

8.7.2 ห้องผ่าตัด มีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 20 ตารางเมตร

- 8.7.2.1 มี
- เหมาะสม
- ควรปรับปรุง
- 8.7.2.2 ไม่มี

8.7.3 ห้องคลอดมีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 16 ตารางเมตร

- 8.7.3.1 มี
- เหมาะสม
- ควรปรับปรุง
- 8.7.3.2 ไม่มี

8.7.4 ห้องเอกซเรย์ มีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 16 ตารางเมตร

- 8.7.4.1 มี
- เหมาะสม
- ควรปรับปรุง
- 8.7.4.2 ไม่มี

9. สำเนาเอกสารดังต่อไปนี้

9.1 สำเนาใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองซึ่งเครื่องกำเนิดรังสี และผลิตหรือใช้พลังงานจากเครื่องกำเนิดรังสี จากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ

9.2 สำเนาแบบบันทึกรายละเอียดของสถิติและข้อมูลซึ่งแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียของแหล่งกำเนิดมลพิษ แบบ ทส. 1

9.3 รายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย แบบ ทส. 2

9.4 เอกสารการดูแลเครื่องมือ (แผนการบำรุงรักษาเครื่อง, ผลการสอบเทียบเครื่องมือวัด (Calibration))

9.5 เอกสารการดูแลระบบสนับสนุน / ระบบสาธารณสุขโรค (แผนการบำรุงรักษา, ผลการทดสอบ)

9.6 เอกสารการอนุญาตให้ใช้รถ รับ ส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน (ใบอนุญาตให้ใช้จากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ)

9.7 สำเนาใบรับรองการตรวจสอบอาคาร (กรณีเข้าข่ายที่กฎหมายกำหนดต้องตรวจสอบอาคาร)

10. สรุปผลการตรวจ

10.1 ลักษณะของสถานพยาบาล และการประกอบกิจการของสถานพยาบาล เป็นไปตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

10.2 ลักษณะของสถานพยาบาล และการประกอบกิจการของสถานพยาบาล ไม่เป็นไปตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ผู้รับอนุญาตต้องดำเนินการแก้ไข ปรับปรุง หรือจัดให้มีหน่วยบริการตามที่กฎหมายกำหนด ดังนี้

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

| | | | |
|--------------|--------------------|--------------|----------|
| ลงชื่อ | พนักงานเจ้าหน้าที่ | ลงชื่อ | คณะทำงาน |
| (.....) | | (.....) | |
| ตำแหน่ง..... | | ตำแหน่ง..... | |
| วันที่..... | | วันที่..... | |

| | | | |
|--------------|--------------------|--------------|----------|
| ลงชื่อ | พนักงานเจ้าหน้าที่ | ลงชื่อ | คณะทำงาน |
| (.....) | | (.....) | |
| ตำแหน่ง..... | | ตำแหน่ง..... | |
| วันที่..... | | วันที่..... | |

| | | | |
|--------------|--------------------|--------------|--------------------|
| ลงชื่อ | พนักงานเจ้าหน้าที่ | ลงชื่อ | พนักงานเจ้าหน้าที่ |
| (.....) | | (.....) | |
| ตำแหน่ง..... | | ตำแหน่ง..... | |
| วันที่..... | | วันที่..... | |

ข้าพเจ้าผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล / ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ได้รับทราบผลการตรวจ เพื่อเสนอคณะกรรมการสถานพยาบาลฯ พิจารณาอนุญาตการขอเพิ่มบริการห้องไตเทียมในการประชุมดังกล่าวแล้ว และขอรับรองว่าพนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบกิจการเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่า แต่ประการใด

ลงชื่อ ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
(.....)
วันที่.....

แบบการตรวจมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล
(การตรวจมาตรฐานคุณภาพบริการในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน พ.ศ.....)

ชื่อสถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....ขนาด.....เตียง

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อผู้ประกอบการสถานพยาบาล.....
๒. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
๓. ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ส่วนที่ ๒ เกณฑ์มาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ถูกต้องกรณีที่จัดให้มีถูกต้อง ถ้าไม่ได้จัดให้มี และไม่ถูกต้องให้ใส่เครื่องหมาย x ลงในช่องที่ไม่ถูกต้อง และหากกรณีที่พบว่าอาจเป็นอันตรายต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการให้บันทึกในช่องข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไขโดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสม

| เกณฑ์การตรวจ | แหล่งข้อมูล | ผลการตรวจ | | หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ |
|---|--|-----------|------------|-------------------------|
| | | ถูกต้อง | ไม่ถูกต้อง | |
| ๑. ลักษณะของสถานพยาบาล ๑.๑ อาคารสถานพยาบาลอยู่ในสภาพที่ดีไม่ชำรุด มีการรักษาดูแลอยู่เสมอ ๑.๒ โครงสร้างของอาคารโรงพยาบาลเป็นเอกเทศ ๑.๓ อาคารที่ให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่สามชั้นขึ้นไป มีลิฟท์ หรือมีทางลาดเอียงสำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ๑.๔ ทางสัญจรร่วมที่ให้บริการผู้ป่วยมีความกว้างไม่น้อยกว่าสองเมตร ๑.๕ มีสถานที่ อุปกรณ์อำนวยความสะดวก และที่จอดรถสำหรับผู้พิการ ๑.๖ สถานที่เพื่อจัดบริการอื่นซึ่งเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้มาใช้บริการจะต้องไม่อยู่ในบริเวณแผนกผู้ป่วยใน และแยกเป็นสัดส่วนโดยไม่ปะปนกับการให้บริการในบริเวณแผนกผู้ป่วยนอก | - จากสภาพจริงที่เห็น - จากการซักถาม - จากสภาพจริง - จากสภาพจริง - จากสภาพจริง - จากสภาพจริง - จากสภาพจริง - จากสภาพจริง - กฎกระทรวงว่าด้วยลักษณะของสถานพยาบาล และลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาลพ.ศ. ๒๕๔๕ (หมวด ๒) ข้อ ๕ (๖) | | | |

| เกณฑ์การตรวจ | แหล่งข้อมูล | ผลการตรวจ | | หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ |
|--|--|-----------|----------------|-------------------------|
| | | ถูกต้อง | ไม่ ถูกต้อง | |
| ๒. ลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล | | | | |
| ๒.๑ <input type="checkbox"/> รพ.ทั่วไป มีบริการด้าน - อายุรกรรม - ศัลยกรรม - กุมารเวชกรรม - สูตินรีเวชกรรม | - ตามกฎกระทรวงว่าด้วยลักษณะ ของสถานพยาบาล และลักษณะการ ให้บริการของสถานพยาบาลพ.ศ. ๒๕๔๕ หมวด ๒ ข้อ ๔ (๑) | | | |
| ๒.๒ <input type="checkbox"/> รพ.เฉพาะทาง..... | - ดูจากใบอนุญาตให้ ประกอบ กิจการสถานพยาบาล | | | |
| ๒.๓ <input type="checkbox"/> สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไป มีบริการด้าน - เวชกรรม - การพยาบาล - เภสัชกรรม | - ตามกฎกระทรวงว่าด้วยลักษณะ ของสถานพยาบาล และลักษณะการ ให้บริการของสถานพยาบาลพ.ศ. ๒๕๔๕ หมวด ๒ ข้อ ๔ (๒) | | | |
| ๒.๔ <input type="checkbox"/> สถานพยาบาลเวชกรรม เฉพาะทาง..... | - ดูจากใบอนุญาตให้ประกอบ กิจการสถานพยาบาล | | | |
| ๒.๕ <input checked="" type="checkbox"/> รพ.ทันตกรรม | - กฎกระทรวงว่าด้วยวิชาชีพ และ จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพใน สถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๕ หมวด ๒ ข้อ ๒ (๒) | | | |
| ๒.๖ <input checked="" type="checkbox"/> สถานพยาบาลทันตกรรมทั่วไป | - ตามกฎกระทรวงว่าด้วยลักษณะ ของสถานพยาบาล และลักษณะการ ให้บริการของสถานพยาบาลพ.ศ. ๒๕๔๕ หมวด ๒ ข้อ ๔ (๓) | | | |
| ๒.๗ <input checked="" type="checkbox"/> สถานพยาบาลทันตกรรม เฉพาะทาง..... | - ดูจากใบอนุญาตให้ประกอบ กิจการสถานพยาบาล | | | |
| ๒.๘ <input type="checkbox"/> สถานพยาบาลการผดุงครรภ์ | - ตามกฎกระทรวงว่าด้วยลักษณะ ของสถานพยาบาล และลักษณะการ ให้บริการของสถานพยาบาลพ.ศ. ๒๕๔๕ หมวด ๒ ข้อ ๔ (๔) | | | |
| ๒.๙ <input checked="" type="checkbox"/> สถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง มีบริการด้าน - เวชกรรม - การพยาบาล - กายภาพบำบัด | - ตามกฎกระทรวงว่าด้วยลักษณะ ของสถานพยาบาล และลักษณะการ ให้บริการของสถานพยาบาลพ.ศ. ๒๕๔๕ หมวด ๒ ข้อ ๔ (๕) | | | |
| ๒.๑๐ <input type="checkbox"/> สถานพยาบาลการแพทย์ แผนไทย | - ตามกฎกระทรวงว่าด้วยลักษณะ ของสถานพยาบาล และลักษณะ การให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๕ หมวด ๒ ข้อ ๔ (๖) | | | |

- ข้อ ๒ ประเมินตามลักษณะของสถานพยาบาล ข้อใดข้อหนึ่ง

| เกณฑ์การตรวจ | แหล่งข้อมูล | ผลการตรวจ | | หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ |
|---|--|-----------|----------------|-------------------------|
| | | ถูกต้อง | ไม่ ถูกต้อง | |
| ๒.๑๑ <input type="checkbox"/> สถานพยาบาลการแพทย์ แผนไทยประยุกต์ | - ตามกฎกระทรวงว่าด้วยลักษณะ ของสถานพยาบาล และลักษณะ การให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๕ หมวด ๒ ข้อ ๔ (๗) | | | |
| ๓. ชื่อสถานพยาบาล ๓.๑ ชื่อสถานพยาบาลถูกต้องตาม กฎกระทรวงว่าด้วยชื่อ สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ ๓.๒ ชื่อไม่ซ้ำกันในอำเภอหรือเขต จังหวัดเดียวกัน | - จากสภาพจริง - จากข้อมูลรายชื่อในโรงพยาบาล เอกชนในเขตรับผิดชอบ | | | |
| ๔. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อ สถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพใน สถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิของผู้ป่วย ๔.๑ มีป้ายชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับ อนุญาตถูกต้องติดไว้ในบริเวณ สถานพยาบาล หรือตัวอาคาร สถานพยาบาลโดยสามารถ มองเห็นได้ชัดเจนอย่างน้อย ๑ ป้ายรายละเอียดดังนี้ ๔.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลเป็น อักษรไทย หากใช้ ภาษาต่างประเทศ ด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่า ภาษาไทย ๔.๑.๒ แผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาล เป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า มีขนาด ไม่น้อยกว่า ๔๐ x ๑๒๐ ซม. ตัวอักษรชื่อมีขนาดไม่ น้อยกว่า ๑๐ ซม. เลขที่ ใบอนุญาตมีขนาดไม่น้อย กว่า ๕ ซม. ๔.๒ สีแผ่นป้ายและตัวอักษรในแผ่นป้าย แสดงชื่อสถานพยาบาลถูกต้อง | - จากการตรวจสอบว่า ติดไว้มอง เห็นชัดเจนหรือไม่ - ดูจากป้ายชื่อ - จากการตรวจสอบว่ามีขนาดถูก ต้องหรือไม่ - ตรวจสอบจากป้ายชื่อว่ามีตัว อักษรให้เป็นไปตามกฎกระทรวง | | | |

| เกณฑ์การตรวจ | แหล่งข้อมูล | ผลการตรวจ | | หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ |
|---|--|-----------|------------|-------------------------|
| | | ถูกต้อง | ไม่ถูกต้อง | |
| <p>๔.๓ มีการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ ซึ่งประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาต ในที่เปิดเผย และเห็นได้ง่าย</p> <p>๔.๓.๑ มีแผ่นป้ายชื่อ สกุล ของผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้ประกอบโรคศิลปะ พร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตด้วยอักษรไทย ขนาดไม่น้อยกว่า ๑ ซม.</p> <p>๔.๓.๒ สีแผ่นป้ายใช้สีน้ำเงิน ตัวอักษรสีขาว</p> <p>๔.๓.๓ ติดแผ่นป้ายไว้บริเวณที่ผู้ใช้บริการมาขอรับบริการ</p> <p>๔.๔ มีการแสดงอัตราค่าบริการสถานพยาบาล ค่าบริการในที่เปิดเผย และเห็นได้ง่าย</p> <p>๔.๕ มีแผ่นป้ายตัวอักษรไทย ขนาดความสูงตัวอักษรไม่น้อยกว่า ๑๐ ซม. “ สอบถามอัตราค่าบริการ ได้ที่ใด ”</p> <p>๔.๖ มีการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผย</p> | <p>- ชักถาม</p> <p>- จากการตรวจดูว่ามีป้ายแสดงรายชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะเป็นปัจจุบัน</p> <p>- ชักถาม</p> <p>- ตรวจสอบดูว่าได้แสดงไว้ที่ใด</p> <p>- ชักถาม</p> <p>- ตรวจสอบดูว่าได้แสดงไว้ที่ใด</p> <p>- ชักถาม</p> <p>- ตรวจสอบดูว่าได้แสดงไว้ที่ใด</p> | | | |
| <p>๕. การประกอบกิจการสถานพยาบาล</p> <p>๕.๑ มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาลที่รายละเอียดเกี่ยวกับการได้รับอนุญาตครบถ้วน และตรวจสอบได้</p> <p>๕.๒ มีการชำระค่าธรรมเนียม โดยแสดงเอกสารการชำระค่าธรรมเนียมไว้ที่เปิดเผย (สพ.๑๒)</p> <p>๕.๓ มีการยื่นคำขอต่อใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลก่อนสิ้นอายุ</p> <p>๕.๔ มีการแสดงใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลไว้ในที่เปิดเผย</p> | <p>- มีสมุดทะเบียนที่มีบันทึกครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน</p> <p>- ชักถาม</p> <p>- ตรวจสอบดูว่าติดไว้ที่ใด</p> <p>- จากใบอนุญาต</p> <p>- จากสมุดทะเบียนสถานพยาบาล</p> <p>- จากการสังเกตและชักถามว่าแสดงไว้ที่ใด</p> | | | |

| เกณฑ์การตรวจ | แหล่งข้อมูล | ผลการตรวจ | | หมายเหตุ/ข้อเสนอแนะ |
|---|--|-----------|------------|---------------------|
| | | ถูกต้อง | ไม่ถูกต้อง | |
| <p>๕.๕ การประกอบกิจการสถานพยาบาล เป็นไปตามมาตรฐานการบริการที่ รัฐมนตรีประกาศ</p> <p><input type="checkbox"/> ประกาศฉบับที่ ๕ เรื่อง มาตรฐานการให้บริการฟอก เลือดด้วยเครื่องไตเทียม</p> <p><input type="checkbox"/> ประกาศฉบับที่ ๖ เรื่องหลัก เกณฑ์การจัดการศพ</p> <p><input type="checkbox"/> ประกาศฉบับที่ ๘ เรื่อง มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย</p> | <p>- ตามประกาศกระทรวง</p> | | | |
| <p>๕.๖ มีมาตรการ การช่วยเหลือผู้ป่วย อุกเขินตามลักษณะของ สถานพยาบาล</p> | <p>- ดูจากนโยบาย</p> <p>- จากการซักถามแพทย์ พยาบาล</p> | | | |
| <p>๕.๗ ไม่มีการแก้ไข เปลี่ยนแปลงการ ประกอบกิจการ หรือดัดแปลง อาคารเกินกว่าที่ได้รับอนุญาต</p> | <p>- จากการซักถาม</p> <p>- จากการตรวจดูพื้นที่จริง</p> | | | |
| <p>๕.๘ การโฆษณา หรือประกาศต่าง ๆ เป็นไปตามกฎหมาย</p> | <p>- พิจารณาจากข้อความโฆษณา แผ่นพับ หรือประกาศต่าง ๆ</p> | | | |
| <p>๖. การดำเนินการสถานพยาบาล</p> | | | | |
| <p>๖.๑ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลมีเวลา ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลา ราชการไม่น้อยกว่าสี่สัปดาห์ต่อ สัปดาห์หรือตามข้อตกลง</p> | <p>- จากการซักถาม</p> <p>- จาก ส.พ.๑๘</p> | | | |
| <p>๖.๒ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลมีเวลา ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลไม่ซ้ำ ซ้อนกับวัน เวลา ที่ปฏิบัติงานใน ส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น</p> | <p>- จากการซักถาม</p> <p>- จาก ส.พ.๖</p> | | | |
| <p>๖.๓ มีการต่อใบอนุญาตให้ดำเนินการ สถานพยาบาลตามกำหนดทุก ๒ ปี</p> | <p>- จากใบอนุญาตให้ดำเนินการสถาน พยาบาล</p> | | | |
| <p>๖.๔ ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล ประกอบวิชาชีพตามสาขา ชั้น หรือ แผนที่ได้แจ้งไว้</p> | <p>- จากสมุดทะเบียนสถานพยาบาล</p> <p>- จาก ส.พ. ๖</p> <p>- จากสมุดทะเบียนสถานพยาบาล</p> | | | |
| <p>๖.๕ ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบ โรคศิลปะ ในโรงพยาบาลปฏิบัติ หน้าที่ตรงตามสาขา ตามกฎหมาย วิชาชีพนั้น ๆ</p> | <p>- จากการสอบถาม</p> <p>- จากการจัดตารางเวร</p> <p>- จากเอกสารกำหนดบทบาทหน้าที่ (Job Description)</p> | | | |

| เกณฑ์การตรวจ | แหล่งข้อมูล | ผลการตรวจ | | หมายเหตุ/ข้อเสนอแนะ |
|--|--|-----------|------------|---------------------|
| | | ถูกต้อง | ไม่ถูกต้อง | |
| <p>๖.๖ ไม่มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเกินจำนวนเตียงที่กำหนด</p> <p>๖.๗ สถานพยาบาลสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย เหมาะสม และปลอดภัย</p> | <p>- จากการซักถาม</p> <p>- ดูจากหอผู้ป่วย</p> <p>- สังเกตจากสภาพจริงทั้งภายนอกภายในสถานพยาบาล</p> | | | |
| <p>๗. จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล</p> <p>๗.๑ มีผู้ประกอบวิชาชีพจำนวนขั้นต่ำตามที่กำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยวิชาชีพ และจำนวน ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๕ หมวด ๒ ข้อ ๒</p> <p>๗.๒ การจัดให้มีบริการเพิ่มเติมให้มีผู้ประกอบวิชาชีพตรงตามสาขานั้น</p> <p>๗.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะที่กำหนดต้องปฏิบัติงานเต็ม เวลา คือ ไม่น้อยกว่าสี่ปดาร์ท ๔๐ชม.</p> | <p>- จากหลักฐาน ส.พ.๖ ใบประกอบวิชาชีพที่สถานพยาบาลเก็บไว้</p> <p>- จากสมุดทะเบียนสถานพยาบาล</p> <p>- จาก ส.พ.๖</p> <p>- จากสมุดทะเบียนสถานพยาบาล</p> <p>- จากตารางการจัดเวร</p> <p>- จาก ส.พ.๖</p> | | | |
| <p>๘. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามประเภทและลักษณะการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล</p> <p>- ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะตามประเภทและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล</p> | <p>- จากหลักฐาน สพ. ๑๘ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือใบประกอบโรคศิลปะ</p> | | | |
| <p>๙. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล</p> <p>๙.๑ มีตู้ ชั้น หรืออุปกรณ์ที่เก็บเวชระเบียนมั่นคง เป็นระเบียบเรียบร้อยเก็บรักษาได้อย่างน้อย ๕ ปี</p> <p>๙.๒ มีเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ทั่วไปที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล</p> <p>๙.๓ เครื่องมือ เครื่องใช้ทั่วไปอำนวยความสะดวกแก่การให้บริการเหมาะสมกับลักษณะการให้บริการ</p> | <p>- จากการสังเกต และตรวจสอบ</p> <p>- จากการสังเกต</p> <p>- สอบถาม</p> <p>- จากการตรวจดูเครื่องมือ เครื่องใช้</p> <p>- จากการสอบถาม</p> | | | |

สรุปข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไข(ต่อ).....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ
(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี.....

แบบการตรวจมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล

ขอเพิ่ม เกณฑ์การตรวจ

๑๑. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในรอบ ๑๒ เดือน (ตุลาคม พ.ศ..... ถึงกันยายน พ.ศ.....) คือ.....%

หมายเหตุ

- อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ discharge หรือถึงแก่กรรมขณะอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน ๑๐๐ คน มีการติดเชื้อที่เกิดใหม่ขณะอยู่ในโรงพยาบาลกี่คน
- สมมติในรอบ ๑๒ เดือนมีผู้ป่วยที่ discharge หรือถึงแก่กรรมขณะอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน ๕,๐๐๐ คน มีผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อใหม่ขณะอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน ๕๐ คน อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล คือ $(50/5,000) \times 100 = 1\%$