

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกการแพทย์แผนไทย ด้านการนวดไทย

☐ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ตามที่ (ระบุชื่อเต็ม / ของบุคคล / นิติบุคคล).....

.....ได้ยื่นคำขอประกอบกิจการสถานพยาบาล
และ.....ได้ยื่นคำขอดำเนินการสถานพยาบาล

ไว้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถานพยาบาลชื่อ.....

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

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

วัน/เวลา ที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (ระบุรายละเอียดวัน/เวลา ทำการ).....

พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตรวจตามที่ขออนุญาตเมื่อวันที่...../...../.....ปรากฏผลการตรวจดังนี้คือ

๑. ผู้ดำเนินการที่ยื่นคำขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

☐ ๑.๑ หนังสือรับรองตนเองของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ที่สามารถดูแลสถานพยาบาลได้อย่างใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มีเวลาปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

☐ ๑.๒ กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา/อบรม เพิ่มเติม ต้องมีหนังสือรับรองเรื่องระยะเวลา การศึกษา/อบรมจากสถาบันนั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

☐ ๒.๑ มีสำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิก จากผู้มี กรรมสิทธิ์/ผู้ครอบครองพื้นที่ดังกล่าว เช่น สำเนาโฉนดที่ดิน หรือสำเนาสัญญาเช่า หรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่

๓. ลักษณะที่ตั้ง

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| ☐ อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ | ☐ อาคารอยู่อาศัย | ☐ ห้องแถว |
| ☐ ตึกแถว | ☐ บ้านแถว | ☐ บ้านแฝด |
| ☐ ศูนย์การค้า | ☐ อาคารพาณิชย์.....ชั้น ตั้งอยู่ชั้นที่..... | |
| ☐ คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย | ☐ คอนโดมิเนียมสำนักงาน | |
| ☐ อื่น ๆ | | |

๔. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

ชั้น ๑

.....

.....

ชั้น ๒

.....

.....

.....

ชั้น ๓

ชั้น ๔

ชั้น ๕

๕. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....

ส่วนที่ ๒ การตรวจลักษณะสถานพยาบาล

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อถูกต้อง และเครื่องหมาย ✕ เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในกรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้นๆ ให้ทำเครื่องหมาย - ใน ช่อง ☐

๑. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล

- ☐ ๑.๑ ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
- ☐ ๑.๒ อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย
- ☐ ๑.๓ บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย
 - ☐ ๑.๓.๑ มีพื้นที่ให้บริการโดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดของอาคารหรือห้อง ต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้
 - ☐ ๑.๓.๒ มีส่วนพักที่คอยตรวจที่เหมาะสมที่มีพนักงานอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง
- ☐ ๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำโดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
 - ☐ ๑.๔.๑ ขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร
- ☐ ๑.๕ มีห้องตรวจหรือห้องให้การรักษาสอดคล้องและมิดชิด
 - ☐ ๑.๕.๑ ห้องตรวจต้องมีประตูเปิด-ปิดอย่างชัดเจน กันเป็นสัดส่วน และภายในห้องต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค ๑ ตัว เติียงตรวจโรค ๑ เติียง ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด - ปิดน้ำ สบู่เหลว และผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว
 - ☐ ๑.๕.๒ ห้องให้การรักษาสอดคล้องและมิดชิด และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ
 - ☐ ๑.๕.๓ ภายในห้องตรวจหรือห้องให้การรักษาสอดคล้องและมิดชิดต้องไม่ติดตั้งกล่องวงจรปิด
- ☐ ๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง กรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้าหรืออาคารลักษณะเป็นสถานที่รวม เช่น อาคารสำนักงาน คอนโดมิเนียม เป็นต้น ให้ใช้ห้องน้ำห้องส้วมรวมได้โดยหลักอนุโลม
- ☐ ๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ
 - ☐ ๑.๗.๑ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ต้องมีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบการระบายอากาศที่เหมาะสม

□ ๑.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม โดยต้องมีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม

□ ๑.๘.๑ ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิดวางคู่กันทุกห้อง

□ ๑.๘.๒ ภาชนะเป็นชนิดที่ใช้เท้าเหยียบสำหรับเปิด-ปิด

□ ๑.๘.๓ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ที่ชัดเจน บริเวณถุง

□ ๑.๙ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก (ส.พ.๒๓)

□ ๑.๑๐ มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็น สามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น

□ ๑.๑๑ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล

๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

□ ๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น

□ ๒.๒ ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี

□ ๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยา ตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น

□ ๒.๔ พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นอื่น และสภาวิชาชีพไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน

□ ๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

□ ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรค ศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

□ ๓.๑ มีป้ายชื่อคลินิกการแพทย์แผนไทย ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้ายโดยมีลักษณะดังนี้คือ

□ ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร

□ ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า “คลินิกการแพทย์แผนไทย” นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อ

□ ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร คลินิกการแพทย์แผนไทย ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีน้ำเงิน

□ ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็น ตัวเลขอารบิก สีน้ำเงิน

□ ๓.๒ ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม

□ ๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิด ในสาระสำคัญดังต่อไปนี้

□ ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกการแพทย์แผนไทย”

□ ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย

□ ๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกการแพทย์แผนไทย

□ ๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

□ ๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องมิชื่อซ้ำกัน เว้นแต่กรณีและผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือหมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก

□ ๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

□ ๓.๕ แสดงใบอนุญาตติดในที่เปิดเผยและเหมาะสม

□ ๓.๕.๑ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๗)

□ ๓.๕.๒ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๙)

□ ๓.๖ แสดงเอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๒) ไว้บริเวณด้านหน้าสถานพยาบาล

□ ๓.๗ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่มีหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ (แบบ ส.พ. ๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิก ดังต่อไปนี้

□ ๓.๗.๑ ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และ ชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพพร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพ (ออกไปโดยผู้อนุญาต)

□ ๓.๗.๒ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตา แต่งกายสุภาพ รูปถ่ายที่ถ่ายไม่เกิน ๑ ปี ขนาด ๘ เซนติเมตร x ๑๓ เซนติเมตร

□ ๓.๗.๓ ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาล บริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบการวิชาชีพปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบการวิชาชีพที่ให้บริการ

□ ๓.๗.๔ แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงินและมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต

□ ๓.๗.๕ หากมีผู้ประกอบการวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของคลินิก (ตามหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ให้ยื่นแบบ ส.พ.๖ ทุกคน

□ ๓.๘ แสดงอัตราค่าบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในที่เปิดเผยเห็นได้ง่ายด้วยตัวอักษรไทย (อาจมีภาษาต่างประเทศร่วมด้วยได้) และต้องครอบคลุมที่ให้บริการ โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ ดังต่อไปนี้

□ ๓.๘.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตรารักษาพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มีผู้อนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้ได้และต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้

☐ ๓.๘.๒ แสดงในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิกที่ได้รับอนุญาต

☐ ๓.๘.๓ จัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์แสดงให้ผู้ป่วยทราบ

☐ ๓.๙ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด

☐ ๓.๑๐ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทย แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ

๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

๔.๑ เวชระเบียน

☐ ๔.๑.๑ มีที่เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และค้นหาได้ง่าย

☐ ๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตามกฎกระทรวง

☐ ๑) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย

☐ ๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย

☐ ๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ ๔.๑.๓ มี เวชระเบียน หรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด

☐ ๑) มีชื่อสถานพยาบาล และสถานที่ติดต่อ พร้อมเบอร์โทรศัพท์

☐ ๒) เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย

☐ ๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ ๔) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้ป่วย

☐ ๕) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสูตร ของผู้ป่วย

☐ ๖) การวินิจฉัยโรค

☐ ๗) การรักษา

☐ ๘) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้การรักษายาบาล

๔.๒ เครื่องใช้ทั่วไป ในห้องตรวจโรค

☐ ๔.๒.๑ โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้สำหรับซักประวัติผู้มารับบริการ

☐ ๔.๒.๒ โต๊ะตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์

☐ ๔.๒.๓ ต้องมีบันไดขึ้นเตียง (Step)

☐ ๔.๒.๔ ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว

☐ ๔.๒.๕ เครื่องชั่งน้ำหนัก และอุปกรณ์วัดส่วนสูง อยู่ในห้องตรวจหรือบริเวณที่พักคอย

☐ ๔.๒.๖ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน

☐ ๔.๒.๗ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ ผ้าเช็ดมือ

๔.๓ ห้องนัด/ห้องประคบ ให้มีขนาดและอุปกรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน

☐ ๔.๓.๑ มีขนาดและพื้นที่เหมาะสมกับการให้บริการนัด และจำนวนเตียง หากเป็นห้องนวดรวมต้องมีม่านกั้นระหว่างเตียงให้เป็นสัดส่วน มีที่ว่างระหว่างเตียงหรือที่ว่างระหว่างเบาะนวด (ในกรณียกพื้นสูง) ห่างกันไม่น้อยกว่า ๐.๘ เมตร

☐ ๔.๓.๒ โต๊ะนวดมีขนาดไม่น้อยกว่า ๑.๒๐ x ๒.๐๐ เมตร เบาะมีขนาดไม่น้อยกว่า ๐.๙ x ๑.๘๐ เมตร ความสูงของเตียงมีความเหมาะสมกับการให้บริการนวดโดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

☐ ๔.๓.๓ เบาะที่นอนเป็นที่นอนที่เหมาะสมต่อการนอน หุ้มด้วยวัสดุคงทน และมีผ้าปูที่นอน หมอนพร้อม ปลอกหมอน ผ้าคลุมตัว

☐ ๔.๓.๔ หากมีการประคบสมุนไพรในห้องนวดให้เพิ่มอุปกรณ์ ดังนี้

- ☐ ๑) ภาชนะล้างมือพร้อมสบู่ และผ้าเช็ดมือที่สะอาด
- ☐ ๒) พัดลมระบายอากาศหรือระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก
- ☐ ๓) มีที่วางหมอนน้ำร้อนนั่งถูกประคบอย่างเหมาะสมคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการ

☐ ๔.๓.๕ สัดส่วนการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพ : เติ่งให้บริการ ไม่เกิน ๑ : ๔

๔.๔ ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ให้มีขนาดและอุปกรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน

☐ ๔.๔.๑ แยกห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าชาย – หญิง แต่หากไม่สามารถแยกห้องชาย – หญิง ได้ ต้องบริหารจัดการเรื่องเวลาการใช้ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าของผู้รับบริการชาย หญิง ได้อย่างเหมาะสม

☐ ๔.๔.๒ ขนาดห้องมีความเหมาะสมกับผู้รับบริการ

☐ ๔.๔.๓ มีจำนวนเพียงพอกับผู้รับบริการ

☐ ๔.๔.๔ มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อับชื้น ไม่มีกลิ่นเหม็น

☐ ๔.๔.๕ มีแสงสว่างเพียงพอ

☐ ๔.๔.๖ มีเสื้อผ้าที่เหมาะสมและเพียงพอกับผู้รับบริการ

๔.๕ ห้องอบไอน้ำสมุนไพร (หากมีบริการ) ให้มีขนาดและอุปกรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน มาตรฐาน และมีป้ายแนะนำข้อห้าม และข้อควรระวัง

☐ ๔.๕.๑ ห้องอบไอน้ำสมุนไพรเดี่ยว

☐ ๑) ขนาดห้องไม่น้อยกว่า ๑.๒๐ x ๑.๒๐ เมตร ความสูงของเพดาน ไม่น้อยกว่า ๒.๐๐ เมตร

☐ ๒) พื้น ผนัง ผ้าทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ทนน้ำ ไม่ทาสี และทำความสะอาดง่าย

☐ ๓) ประตูทำด้วยวัสดุทนน้ำ มีความกว้างไม่น้อยกว่า ๐.๘ เมตร หรือมีความกว้างที่สามารถให้รถเข็นผู้ป่วย เข้า-ออก ประตูได้สะดวก ประตูเปิดออกจากภายใน ด้านบนของประตูหรือบานเลื่อนมีช่องมองเป็นกระจกใส ที่อยู่ในระดับสายตา และไม่มีอุปกรณ์ล็อค/ขัดปิด/ตรึงประตู

☐ ๔) ที่นั่ง/เก้าอี้ ในห้องอบไอน้ำทำด้วยวัสดุทนความร้อน และไม่มีเชื้อรา

☐ ๕) มีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก

☐ ๖) มีแสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นสิ่งต่างๆ ในห้องได้ชัดเจน หลอดไฟใช้ชนิดกัน

ความชื้นหรือหลอดไฟชนิดที่มีฝาครอบ

☐ ๗) มีที่วัดอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพรได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

☐ ๘) มีระบบบันทึกการควบคุมอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพร ในวันที่มีการใช้งานอย่างน้อย

๑ ครั้ง โดยให้อุณหภูมิอยู่ระหว่าง ๔๒ – ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๙) มีกริ่ง/กระดิ่งสัญญาณที่ไม่ใช้ระบบไฟฟ้าเรียกในกรณีฉุกเฉิน

☐ ๑๐) มีสัญญาณเตือนบอกเวลา

☐ ๑๑) มีระบบป้องกันไฟฟ้ารั่วและไฟฟ้าลัดวงจร

☐ ๑๒) มีที่นั่งพักรอหน้าห้องอบไอน้ำสมุนไพร พร้อมน้ำดื่ม

☐ ๑๓) ท่อส่งกระจายไอน้ำในห้องอบสมุนไพร ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนความร้อนได้ดี มีฉนวนหุ้ม ไม่รั่วซึม มีการออกแบบให้กระจายความร้อนได้ทั่วถึง ติดตั้งอยู่ในที่ปลอดภัย หรือไม่อยู่ในตำแหน่งที่ผู้รับบริการสัมผัสง่าย

☐ ๑๔) กรณีมีหม้อต้มไอน้ำที่มีระบบไอน้ำผ่านท่อไปยังห้องอบสมุนไพร หม้อต้มต้องทำด้วยสแตนเลส มีความแข็งแรง ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่ว มีระบบแยกสมุนไพรออกจากน้ำ มีระบบควบคุมความปลอดภัย และมีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๑๕) กรณีมีหม้อต้มไอน้ำที่ไม่มีระบบไอน้ำผ่านท่อไปยังห้องอบสมุนไพร หม้อต้มทำด้วยวัสดุที่มีความปลอดภัย ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่วและมีระบบควบคุมความปลอดภัย ทนความร้อนได้ดี และมีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๔.๕.๒ ห้องอบไอน้ำสมุนไพรรวม

☐ ๑) แยกห้องชาย - หญิง หรือถ้าไม่สามารถแยกได้ต้องบริหารจัดการเรื่องเวลาการให้บริการแก่ผู้รับบริการชาย-หญิง ได้อย่างเหมาะสม

☐ ๒) ขนาดห้องไม่น้อยกว่า ๑.๕ x ๒ เมตร ความสูงของเพดาน ไม่น้อยกว่า ๒.๐๐ เมตร

☐ ๓) พื้น ผนัง ฝ้าทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ทนน้ำ ไม่ทาสี และทำความสะอาดง่าย

☐ ๔) ประตูทำด้วยวัสดุทนน้ำ มีความกว้างไม่น้อยกว่า ๐.๘ เมตร หรือมีความกว้างที่สามารถให้รถเข็นผู้ป่วย เข้า-ออก ประตูได้สะดวก ประตูเปิดออกจากภายใน ด้านบนของประตูหรือบานเลื่อนมีช่องมองเป็นกระจกใสที่อยู่ในระดับสายตา และไม่มีอุปกรณ์ล็อค/ขัดปิด/ตรึงประตู

☐ ๕) ที่นั่ง/เก้าอี้ ในห้องอบไอน้ำทำด้วยวัสดุทนความร้อน และไม่มีเชื้อรา

☐ ๖) มีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก

☐ ๗) มีแสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นสิ่งต่างๆ ในห้องได้ชัดเจน หลอดไฟใช้ชนิดกัน

ความชื้นหรือหลอดไฟชนิดที่มีฝาครอบ

☐ ๘) มีที่วัดอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพรได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

☐ ๙) มีระบบบันทึกการควบคุมอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพร ในวันที่มีการใช้งานอย่างน้อย

๑ ครั้ง โดยให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง ๔๒ - ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๑๐) มีกริ่ง/กระดิ่งสัญญาณที่ไม่ใช้ระบบไฟฟ้าเรียกในกรณีฉุกเฉิน

☐ ๑๑) มีสัญญาณเตือนบอกเวลา

☐ ๑๒) มีระบบป้องกันไฟฟ้ารั่วและไฟฟ้าลัดวงจร

☐ ๑๓) มีที่นั่งพักรอหน้าห้องอบไอน้ำสมุนไพร พร้อมน้ำดื่ม

☐ ๑๔) ท่อส่งกระจายไอน้ำในห้องอบสมุนไพร ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนความร้อนได้ดี มีฉนวนหุ้มไม่รั่วซึม มีการออกแบบให้กระจายความร้อนได้ทั่วถึง ติดตั้งอยู่ในที่ปลอดภัย หรือไม่อยู่ในตำแหน่งที่ผู้รับบริการสัมผัสง่าย

☐ ๑๕) กรณีมีหม้อต้มไอน้ำที่มีระบบไอน้ำผ่านท่อไปยังห้องอบสมุนไพร หม้อต้มต้องทำด้วยสแตนเลส มีความแข็งแรง ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่ว มีระบบแยกสมุนไพรออกจากน้ำ มีระบบควบคุมความปลอดภัย และมีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๑๖) กรณีมีหม้อต้มไอน้ำที่ไม่มีระบบไอน้ำผ่านท่อไปยังห้องอบสมุนไพร หม้อต้มทำด้วยวัสดุที่มีความปลอดภัย ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่วและมีระบบควบคุมความปลอดภัย ทนความร้อนได้ดี และมีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๔๕ องศาเซลเซียส

☐ ๔.๕.๓ ตู้อบไอน้ำสมุนไพร

☐ ๑) ขนาดของตู้อบไอน้ำสมุนไพรเหมาะสมกับจำนวน และขนาดของผู้รับบริการ

☐ ๒) ประตูทำด้วยวัสดุทนน้ำ เปิดออกจากภายใน และสามารถเข้า - ออก ได้สะดวก ด้านบนของบานเลื่อนมีช่องมองเป็นกระจกใสที่อยู่ในระดับสายตา และไม่มีอุปกรณ์ล็อค/ขัดปิด/ตรึง

- ☐ ๓) หม้อต้มสมุนไพรทำจากวัสดุปลอดภัย ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่ว และมีระบบควบคุม

ความปลอดภัย

- ☐ ๔) หม้อต้มสมุนไพรวางอยู่ในตำแหน่งที่ปลอดภัย
- ☐ ๕) พื้น ผนัง ฝ้าทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ทนน้ำ ไม่ทาสี และทำความสะอาดง่าย
- ☐ ๖) ที่นั่ง/เก้าอี้ในห้องอบไอน้ำทำด้วยวัสดุทนความร้อน และไม่มีเชื้อรา
- ☐ ๗) มีพัดลมดูดอากาศ หรือระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก
- ☐ ๘) มีแสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นสิ่งต่างๆ ในห้องได้ชัดเจน หลอดไฟใช้ชนิดกัน

ความชื้นหรือหลอดไฟชนิดที่มีฝาครอบ

- ☐ ๙) มีที่วัดอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพรได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
- ☐ ๑๐) มีระบบบันทึกการควบคุมอุณหภูมิในห้องอบไอน้ำสมุนไพร ในวันที่มีการใช้งานอย่างน้อย

๑ ครั้ง โดยให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง ๔๒ – ๔๕ องศาเซลเซียส

- ☐ ๑๑) มีกริ่ง/กระดิ่งสัญญาณที่ไม่ใช้ระบบไฟฟ้าเรียกในกรณีฉุกเฉิน
- ☐ ๑๒) มีสัญญาณเตือนบอกเวลา
- ☐ ๑๓) มีระบบป้องกันไฟฟ้ารั่วและไฟฟ้าลัดวงจร
- ☐ ๑๔) มีที่นั่งพักรอหน้าห้องอบไอน้ำสมุนไพร พร้อมน้ำดื่ม

☐ ๔.๕.๔ กระโจมอบไอน้ำสมุนไพร

☐ ๑) เป็นกระโจมที่ผู้รับบริการเข้าได้ทั้งร่างกาย โดยไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายยื่นออกจากกระโจม และสามารถเข้าออกได้สะดวก

- ☐ ๒) ขนาดของกระโจมมีความเหมาะสมกับจำนวนและขนาดผู้รับบริการ
- ☐ ๓) ทำจากผ้าที่ระบายอากาศได้ดีและสะอาด
- ☐ ๔) หม้อต้มสมุนไพรทำจากวัสดุที่มีความปลอดภัย ไม่มีส่วนประกอบของสารตะกั่ว
- ☐ ๕) มีวัสดุอุปกรณ์สำหรับป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการสัมผัสหม้อต้มสมุนไพรได้ง่าย
- ☐ ๖) เก้าอี้ในกระโจมทำด้วยวัสดุทนความร้อน และไม่มีเชื้อรา
- ☐ ๗) บริเวณพื้นที่ตั้งกระโจมต้องไม่ลื่น

๔.๖ มีระบบประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

- ☐ ๑. มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อฉุกเฉินติดไว้ในที่เห็นชัดเจน
- ☐ ๒. มีแผนและขั้นตอนการช่วยเหลือเบื้องต้น และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย

หมายเหตุ : กรณีที่คลินิกยังไม่ได้รับใบอนุญาตให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ

ส่วนที่ ๓ ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิก

☐ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต

๑. สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่.....

๒. ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ.....

ผู้ขออนุญาตดำเนินการ.....

๓. ลักษณะสถานพยาบาล.....

๔. ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

☐ อนุญาตมีเงื่อนไขโดยให้ปรับปรุง (โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสมของสภาพปัญหา แต่ทั้งนี้ ไม่ควรเกิน ๓๐ วัน หรือตามความเห็นของคณะกรรมการสถานพยาบาล)

คณะกรรมการสถานพยาบาล หมายถึง คณะกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด (ในส่วนภูมิภาค) หรือ คณะกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ในเขตกรุงเทพมหานคร)

จากการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทคลินิก พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นต้องแก้ไข ปรับปรุงก่อนการประชุมของคณะกรรมการสถานพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุญาต ได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
()

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
()

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
()

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
()

ข้าพเจ้าผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ได้รับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิกแล้ว และขอรับรองว่าพนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล เสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือ
() ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล
()

วัน.....เดือน.....ปี.....