

บันทึกการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทคลินิก

การประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน

- ☐ ตรวจสอบเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต
- ☐ ตรวจสอบมาตรา ๔๕ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑

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 ที่สามารถดูแลสถานพยาบาล ได้อย่าง
 ใกล้ชิด และไม่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐที่มีเวลา
 ปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน
- ☐ ๑.๒ กรณีที่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลกำลังศึกษา/อบรม เพิ่มเติม ต้องมีเอกสารรับรองเรื่อง
 ระยะเวลาการศึกษา/อบรมจากสถาบันนั้น ๆ ซึ่งเวลาต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการ
 สถานพยาบาล

๒. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเจ้าของอาคาร/สถานที่ตั้งคลินิก

- ☐ ๒.๑ มีเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ เพื่อประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทคลินิก จากผู้มีกรรมสิทธิ์/ผู้
 ครอบครองพื้นที่ดังกล่าว เช่น สำเนาโฉนดที่ดินหรือสัญญาเช่า

๓. ลักษณะที่ตั้ง

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

๔. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้

ชั้น ๑

 ชั้น ๒

 ชั้น ๓

১)
 ২)
 ৩)
 ৪)
 ৫)

๗. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

☐ ๑) ต้องมีประตูเปิด-ปิดอย่างชัดเจน กันเป็นสัดส่วน

□ ๒) ภายในห้องต้องประกอบด้วยโต๊ะตรวจโรค ๑ ตัว เติ่งตรวจโรค ๑ เติ่งที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ สบู่เหลว และผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว

□ ๑.๕.๒ ห้องให้การรักษาและการทำหัตถการตามประเภทให้บริการ ต้องเป็นสัดส่วนและมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

□ ๑.๕.๓ ไม่มีวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ

□ ๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้องกรณีที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้าอนุญาตให้ใช้ห้องส้วมรวมได้

□ ๑.๗ มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ

□ ๑.๗.๑ หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า ๒.๖ เมตร ต้องมีการแก้ไขเรื่องการระบายอากาศ เช่น เพิ่มพัดลมดูดอากาศเพื่อให้มีการระบายอากาศเพียงพอ

□ ๑.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ (ใช้ถุงขยะพลาสติกสีแดงเขียนข้อความ "ขยะติดเชื้อ") แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไปและมีการกำจัดอย่างเหมาะสม

□ ๑.๘.๑ ห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไป-ถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิดวางคู่กันทุกห้อง

□ ๑.๘.๒ มีสัญญา/หนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทกำจัดขยะ ติดเชื้อ หรืออาจแสดงใบเสร็จรับเงินที่เป็นเดือนปัจจุบัน

□ ๑.๘.๓ ภาชนะเป็นชนิดที่ใช้เท้าเหยียบสำหรับเปิด-ปิด

□ ๑.๘.๔ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ "ขยะติดเชื้อ" ที่ชัดเจนบริเวณถุง

□ ๑.๙ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม (นอกเหนือจากพิจารณาในภาพรวมแล้วให้ตรวจสอบการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ ในห้องบำบัดรักษาหรือในบริเวณที่มีงานหัตถการด้วย)

□ ๑.๑๐ กรณีบริการเอกซเรย์ การบริการจะต้องได้มาตรฐานและได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามกฎหมายหรือหน่วยงานอื่นที่ได้รับมอบหมาย

□ ๑.๑๑ มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร อยู่ในที่มองเห็น สามารถอ่านคำแนะนำการใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น

□ ๑.๑๒ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่

๒. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้

□ ๒.๑ มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น

□ ๒.๒ ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนดแล้วแต่กรณี

□ ๒.๓ พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมต่อและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น

□ ๒.๓.๑ มีประตูเข้า - ออกคนละทาง

□ ๒.๓.๒ การกั้นพื้นที่ต้องเป็นสัดส่วน แสดงให้เห็นประจักษ์ ชัดเจนและถาวร

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

□ ๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

□ ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะ อยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

□ ๒.๖.๑ แต่ละสาขาต้องมีย่านอย่างน้อย 1 ห้องตรวจโรค ซึ่งต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค 1 ตัว โต๊ะตรวจโรค 1 ตัวที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด-ปิด สบู่ และผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง

□ ๒.๖.๒ มีห้องตรวจหรือห้องให้บริการเป็นสัดส่วนและมิดชิด

๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย

□ ๓.๑ มีป้ายชื่อคลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้ายโดยมีลักษณะดังนี้คือ

□ ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร

□ ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า “คลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน” นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อ

□ ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีน ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีน้ำตาล

□ ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็น ตัวเลขอารบิก สีน้ำตาล

□ ๓.๑.๕ ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม

□ ๓.๒ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิด ในสาระสำคัญดังต่อไปนี้

□ ๓.๒.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีน”

□ ๓.๒.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย

□ ๓.๒.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีน

□ ๓.๒.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

□ ๓.๒.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (ใหม่) และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิมเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกัน หรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษร หรือ หมายเลขเรียงลำดับ หรือ ที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก

□ ๓.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

□ ๓.๕ แสดงใบอนุญาตติดในที่เปิดเผยและเหมาะสม (กรณีคลินิกยังไม่ได้รับใบอนุญาตให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ)

□ ๓.๕.๑ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๗)

□ ๓.๕.๒ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๑๙)

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

□ ๓.๗ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีน ที่มีหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ (แบบ ส.พ. ๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิก (กรณีที่คลินิกยังไม่ได้รับใบอนุญาตให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ) ดังต่อไปนี้

□ ๓.๗.๑ ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และ ชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะพร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะ (ออกไปโดยผู้อนุญาต)

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

□ ๓.๗.๓ ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ ในสถานพยาบาลบริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบการวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ให้บริการ

□ ๓.๗.๔ แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงินและมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต

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

□ ๓.๘ แสดงอัตราค่าบริการทางการแพทย์แผนจีน ในที่เปิดเผยเห็นได้ง่ายด้วยตัวอักษรไทย (หากมีภาษาต่างประเทศร่วมด้วยได้) และต้องครอบคลุมที่ให้บริการ โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ ดังต่อไปนี้

□ ๓.๘.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตรารักษาพยาบาล และค่าบริการให้ครอบคลุมบริการที่จัดให้มีผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล หรือบริการอื่นเกินอัตราที่แสดงไว้ไม่ได้ และต้องให้บริการผู้ป่วยตามสิทธิแสดงไว้

□ ๓.๘.๒ แสดงในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิกที่ได้รับอนุญาต

□ ๓.๘.๓ จัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ

□ ๓.๙ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร แสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด (สามารถขอรับได้ที่ผู้อนุญาต)

□ ๓.๑๐ จัดทำป้ายตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑ เซนติเมตร แสดงค่าประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ (สามารถขอรับได้ที่ผู้อนุญาต)

□ ๓.๑๑ กรณีมีการโฆษณาสถานพยาบาลข้อความต้องให้เป็นไปตามมาตรา ๓๘ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๔๖) เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการโฆษณาสถานพยาบาล การโฆษณาคลินิกให้กระทำได้ ดังต่อไปนี้

□ ๓.๑๑.๑ การโฆษณาชื่อ ที่ตั้ง ถ้ามีภาพประกอบให้แสดงได้เฉพาะสถานที่ตั้งอาคาร และอาคารคลินิก

☐ ๓.๑๑.๒ การโฆษณาคุณสมบัติ หรือความสามารถของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน

☐ ๓.๑๑.๓ การโฆษณาบริการ การประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนให้แจ้งเฉพาะ บริการที่มีในคลินิก วัน เวลา ที่ให้บริการตามที่ได้รับอนุญาต

☐ ๓.๑๑.๔ การโฆษณาอัตราค่าบริการพยาบาล หรือค่าบริการที่มีเงื่อนไข จะต้องแจ้งเงื่อนไขให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้าก่อนให้บริการ และจะต้องกำหนดวันเริ่มต้นและสิ้นสุดของระยะเวลาที่ชัดเจน

☐ ๓.๑๒ ห้ามมิให้โฆษณาคลินิกในลักษณะ ดังต่อไปนี้

☐ ๓.๑๒.๑ ห้ามใช้ข้อความอันเป็นเท็จ หรือข้อความที่ไม่มีมูลความจริงทั้งหมด หรือเพียงบางส่วนหรือมีลักษณะเป็นการหลอกลวง หรือปกปิดความจริง หรือทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นจริง

☐ ๓.๑๒.๒ การใช้ข้อความที่ทำให้บุคคลทั่วไปเข้าใจว่าในคลินิก มีบุคลากร เครื่องมือเครื่องใช้ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ แต่ข้อเท็จจริงกลับไม่มีให้บริการในคลินิก

☐ ๓.๑๒.๓ การใช้สถาบัน หน่วยงาน องค์กร หรือบุคคล ที่ไม่ได้ผ่านการรับรองจากหน่วยงานของรัฐ เพื่อรับรองมาตรฐานคลินิกของตน เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาต

☐ ๓.๑๒.๔ ห้ามการโฆษณาแจ้งบริการโรคที่ไม่มีอยู่ในสาขาที่ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะมีหนังสืออนุมัติบัตร หรือวุฒิบัตร

☐ ๓.๑๒.๕ ห้ามการใช้ข้อความหรือรูปภาพโอ้อวดเกินความจริง หรือข้อความที่กล่าวอ้างหรือบ่งบอกว่าของตนเองดีกว่า เหนือกว่า ดีที่สุด รายแรก แห่งแรก รับรองผล ๑๐๐ % หรือ การเปรียบเทียบหรือการใช้ข้อความอื่นใดที่มีความหมายในทำนองเดียวกันมาใช้ประกอบข้อความโฆษณา ด้วยความประสงค์ที่จะทำให้ผู้รับบริการ หรือผู้บริโภคเข้าใจว่าการบริการของสถานพยาบาลแห่งนั้น มีคุณภาพมาตรฐานที่ดีกว่า เหนือกว่า หรือสูงกว่าสถานพยาบาลอื่น หรือเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับการบริการที่ดีกว่า หรือได้ผลสูงสุด

☐ ๓.๑๒.๖ ห้ามการโฆษณาการให้บริการ “ฟรี” เว้นแต่ได้รับความเห็นชอบจากผู้อนุญาต ทั้งนี้ ต้องกำหนดวัน เวลา และสถานที่ให้บริการ และจะต้องแสดงรายละเอียดว่าให้บริการฟรีเรื่องใดให้ชัดเจน

☐ ๓.๑๒.๗ ห้ามการโฆษณาที่จัดให้มีการแถมพิก แลกเปลี่ยน ให้สิทธิประโยชน์ รางวัลหรือสิ่งของ เว้นแต่สิทธิประโยชน์โดยตรงและมาตรฐานการรับบริการทางการแพทย์ต้องไม่ต่ำกว่ามาตรฐานทั่วไป และต้องระบุเงื่อนไขรายละเอียดของสิทธิประโยชน์ต่างๆให้ชัดเจน และต้องกำหนดวันเริ่มต้นและสิ้นสุดของระยะเวลาที่ให้สิทธิประโยชน์นั้นๆ

☐ ๓.๑๒.๘ อื่นๆ.....

๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และสมุนไพร ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

☐ ๔.๑ เวชระเบียน

☐ ๔.๑.๑ มีตู้หรือชั้น หรืออุปกรณ์เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคงปลอดภัย และต้องจัดให้เป็นระเบียบ สามารถค้นหาได้ง่าย หรือถ้าเป็นระบบคอมพิวเตอร์ ต้องจัดให้มีระบบข้อมูลสำรอง เพื่อป้องกันข้อมูล สูญหาย ซึ่งอาจจัดแยกเป็นแผนกเวชระเบียนโดยเฉพาะก็ได้

☐ ๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วย อย่างน้อย ต้องมีรายการต่อไปนี้

☐ ๑) ชื่อ นามสกุล อายุ ของผู้รับบริการ

☐ ๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย

☐ ๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ ๔) การบริการทางการแพทย์แผนจีน

☐ ๔.๑.๓ มีแบบบันทึกการรับบริการ ที่สามารถบันทึกรายละเอียดตามที่กฎกระทรวงกำหนด ดังต่อไปนี้

- ☐ ๑) ชื่อสถานพยาบาล
- ☐ ๒) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย
- ☐ ๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ
- ☐ ๔) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้ป่วยเช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ ๕) ประวัติการเจ็บป่วย การแพ้ยา และผลการตรวจร่างกาย ของผู้รับบริการ
- ☐ ๖) การให้บริการทางการแพทย์แผนจีน
- ☐ ๗) ลายมือชื่อผู้ประกอบการโรคติดต่อที่ให้บริการ
- ☐ ๘) ไม่อนุญาตให้บุคคลภายนอกหยิบเอกสารการให้บริการผู้ป่วย เว้นแต่จะได้รับอนุญาต

☐ ๔.๒ เครื่องใช้ทั่วไป จะต้องจัดให้มี

☐ ๔.๒.๑ เตียงตรวจโรค ที่นอน ผ้าปูที่นอน หมอน พร้อมปลอกหมอน ผ้าคลุมตัวผู้ป่วย ให้อยู่ในสภาพสะอาดถูกสุขลักษณะอยู่เสมอ

☐ ๔.๒.๒ โต๊ะตรวจพร้อมเก้าอี้

☐ ๔.๒.๓ ตู้หรือที่เก็บอุปกรณ์เครื่องมือการตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาทางการแพทย์แผนจีนได้เป็นสัดส่วนมิดชิด

☐ ๔.๒.๔ เครื่องมืออุปกรณ์สำหรับควบคุมการติดเชื้อ

☐ ๔.๒.๕ เครื่องชั่งน้ำหนัก

☐ ๔.๒.๖ เครื่องวัดความดัน

☐ ๔.๒.๗ ไฟฉาย

☐ ๔.๒.๘ อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ-สบู่หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือ

☐ ๔.๒.๙ อุปกรณ์ส่งเสียงขอความช่วยเหลือกรณีมีเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ ออดหรือกระดิ่ง

☐ ๔.๒.๑๐ อื่นๆ.....

☐ ๔.๓ อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์แผนจีน ที่ต้องจัดให้มีดังนี้

☐ ๔.๓.๑ หมอนแฉะ

☐ ๔.๓.๒ กรณีการรักษาด้วยการฝังเข็ม รมยา และนวดทุยหนา

☐ ๑) เข็มต้องได้มาตรฐาน ตัวเข็มต้องปราศจากเชื้อ มีคุณภาพไม่ชำรุด มีการตรวจสอบ วันหมดอายุของเข็มที่ใช้สำหรับฝังเข็ม

☐ ๒) สมุนไพรรมยา ควรเก็บรักษาในที่เหมาะสม และพร้อมใช้

☐ ๓) กระจกสุญญากาศ

☐ ๔) อุปกรณ์กั๊วซา

☐ ๕) เข็มการปล่อยเลือด เข็มดอกเหมย ที่ปราศจากเชื้อ

☐ ๖) อุปกรณ์การบำบัดอื่น ๆ ตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน (ระบุ).....

☐ ๔.๔ ยาและสมุนไพร การบำบัดด้วยสมุนไพรจีน ต้องมีสมุนไพรอย่างน้อย ๑๐ รายการ จาก ๓๐ รายการที่กำหนด (ตารางที่ ๑) หรือยาดำรับอย่างน้อย ๕ ตำรับ จาก ๑๐ ตำรับที่กำหนด (ตารางที่ ๒) โดยต้องมีชื่อยา ชื่อตำรับยากำกับ และสรรพคุณ วิธีใช้ที่ชัดเจน

□ ๔.๔.๑ สมุนไพรจีนอย่างน้อย ๑๐ รายการ จาก ๓๐ รายการ ตามตารางที่ ๑ หรือ

ตารางที่ ๑ รายการสมุนไพรจีนที่กำหนด ๓๐ รายการ

ชื่อสมุนไพร	คำอ่าน	กลุ่มยา
□ ๑. 桂枝	ก้วยจื่อ	ขจัดลมหนาว
□ ๒. 防风	ฝางเฟิง	ขจัดลมหนาว
□ ๓. 桑叶	ซางเย่	กระจายลมร้อน
□ ๔. 菊花	จวีฮวา	กระจายลมร้อน
□ ๕. 柴胡	ฉายหู	กระจายลมร้อน
□ ๖. 葛根	เก๋อเกิน	กระจายลมร้อน
□ ๗. 知母	จื่อหมู่	ขจัดความร้อน
□ ๘. 牛膝	หนิวซี	ปรับการไหลเวียนเลือด
□ ๙. 大黄	ต้าหวง	ขับระบาย
□ ๑๐. 桑寄生	ซางจีเซิง	ขับลมชื้น
□ ๑๑. 茯苓	ฝูหลิง	ขับน้ำขจัดความชื้น
□ ๑๒. 泽泻	เจ้อเซี่ย	ขับน้ำขจัดความชื้น
□ ๑๓. 陈皮	เฉินผี	ปรับการไหลเวียนชี
□ ๑๔. 木香	มู่เซียง	ปรับการไหลเวียนชี
□ ๑๕. 山楂	ซ่านจา	ย่อยอาหาร
□ ๑๖. 半夏	ป๋านเซี่ย	สลายเสมหะ
□ ๑๗. 川芎	ชวนชยง	ปรับการไหลเวียนเลือด
□ ๑๘. 丹参	ตันเฉิน	ปรับการไหลเวียนเลือด
□ ๑๙. 天麻	เทียนหมา	สงบตับระงับลม
□ ๒๐. 党参	ตังเฉิน	บำรุงชี
□ ๒๑. 黄芪	หวงฉี	บำรุงชี
□ ๒๒. 白术	ปายจู่	บำรุงชี
□ ๒๓. 山药	ซ่านยาว	บำรุงชี
□ ๒๔. 甘草	กานฉ่าว	ยาบำรุงชี
□ ๒๕. 大枣	ต้าจ้าว	ยาบำรุงชี
□ ๒๖. 熟地黄	สุตั่วหวง	บำรุงเลือด
□ ๒๗. 当归	ตังกู่	บำรุงเลือด
□ ๒๘. 白芍	ปายสาว	บำรุงเลือด
□ ๒๙. 麦冬	ม่ายตง	บำรุงสารอิน
□ ๓๐. 枸杞子	โก้วฉีจื่อ	บำรุงสารอิน

☐ ๔.๔.๒ ยาดำรับอย่างน้อย ๕ ตำรับ จาก ๑๐ ตำรับ ตามตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ รายการยาดำรับที่กำหนด ๑๐ ตำรับ

ชื่อตำรับ	คำอ่าน	สรรพคุณ
☐ ๑ 香砂六君丸	เซียงซาลิ้วจวินหวาน	บำรุงชี้ ขับเคลื่อนชี้ สลายเสมหะ
☐ ๒ 补中益气丸	ปู้จงอี้ชี้หวาน	บำรุงชี้ของจงเจียว
☐ ๓ 归脾丸	ก๊วยฝี่หวาน	บำรุงชี้และเลือด
☐ ๔ 八珍丸	ปาเจินหวาน	บำรุงชี้และเลือด
☐ ๕ 六味地黄丸	ลิวเว่ยตี้หวงหวาน	บำรุงสารอินของไต
☐ ๖ 肾气丸	เซินชี้หวาน	บำรุงชี้ของไต
☐ ๗ 逍遥丸	เซียวเหยาหวาน	คลายตับ บำรุงม้ามและเลือด
☐ ๘ 保和丸	เป่าเหอหวาน	ช่วยย่อย
☐ ๙ 天王补心丹	เทียนหวางปู้ซินตัน	สงบระงับจิตใจ
☐ ๑๐ 小活络丹	เสี่ยวหัวลั่วตัน	ขับลมชื้น สลายเสมหะ ปรับการไหลเวียนของเลือด ระงับปวด

☐ ๔.๔.๓ การบำบัดด้วยสมุนไพร ประกอบด้วยยาสมุนไพรตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนจีน ต้องจัดให้มี

☐ ตู้เก็บ ☐ ภาชนะ ☐ ฉลากยา ☐ ระบุวันที่นำเข้า

☐ ฉลากยา ประกอบด้วยชื่อสถานพยาบาล ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ ฯลฯ

☐ ๔.๕ ภาชนะบรรจุยา หรือฉลากติดซองยาให้ระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ สรรพคุณยา และระบุยาหมดอายุอย่างชัดเจน

☐ ๔.๖ ไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ (ควรใช้ภาชนะบรรจุยาเดิม ที่ได้มาจากแหล่งผลิตยานั้น)

☐ ๔.๗ ห้องรักษาและการทำหัตถการ ต้องเป็นสัดส่วนและมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

☐ ๔.๗.๑ เติงสำหรับนวดหรือฝังเข็ม ควรมีขนาดความกว้างไม่น้อยกว่า ๐.๗๐ เมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑.๘๐ เมตร ความสูงไม่ต่ำกว่า ๐.๗๐ เมตร และระยะห่างระหว่างเติงไม่น้อยกว่า ๑ เมตร (เติงต้องมีลักษณะมั่นคง แข็งแรง ตามมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขาแพทย์แผนจีนกำหนด)

☐ ๔.๗.๒ จำนวนเติงนวดหรือฝังเข็มไม่เกิน ๖ เติงต่อแพทย์จีน ๑ คน

☐ ๔.๗.๓ ปอดกหมอนหรือผ้าคลุมหมอน ผ้าปูเติง และผ้าคลุมตัวผู้ป่วย ต้องมีการเปลี่ยนทุกวัน

☐ ๔.๘ มีแผนการและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน พร้อมเบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลที่จะส่งต่อไว้ในที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนเมื่อเกิดภาวะสถานการณ์ฉุกเฉิน

☐ ๔.๙ มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ ถังปั๊มพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ

ส่วนที่ ๓ ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิก

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

☐ อนุญาตมีเงื่อนไขโดยให้ปรับปรุง (โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสมของสภาพปัญหา แต่ทั้งนี้ไม่ควรเกิน ๓๐ วัน หรือตามความเห็นของคณะกรรมการสถานพยาบาล)

คณะกรรมการสถานพยาบาล หมายถึง คณะกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด (ในส่วนภูมิภาค) หรือ คณะกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ในเขตกรุงเทพมหานคร)

จากการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทคลินิก พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นต้องแก้ไข ปรับปรุง
ก่อนการประชุมของคณะกรรมการสถานพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุญาต ได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
()

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
()

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
()

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
()

ข้าพเจ้าผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ได้รับทราบผลการตรวจ
สถานพยาบาลประเภทคลินิกแล้ว และขอรับรองว่า พนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบกิจการ
สถานพยาบาล เสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือ
() ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล
()

วัน.....เดือน.....ปี.....