

แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๑. ลักษณะของสถานพยาบาล

- คลินิกเวชกรรม
 คลินิกทันตกรรม
 คลินิกเฉพาะทาง ด้านเวชกรรม ด้านทันตกรรม ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 คลินิกกายภาพบำบัด
 คลินิกเทคนิคการแพทย์
 คลินิกการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์
 คลินิกการประกอบโรคศิลปะ กิจกรรมบำบัด การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
 เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก รังสีเทคนิค จิตวิทยาคลินิก กายอุปกรณ์
 การแพทย์แผนจีน อื่น ๆ
 สหคลินิก ประกอบด้วย

๒. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

๓. ลักษณะอาคารซึ่งใช้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล

- เป็นอาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ เป็นอาคารอยู่อาศัย เป็นห้องแถว เป็นตึกแถว
 เป็นบ้านแถว เป็นบ้านแฝด เป็นอาคารพาณิชย์ ตั้งอยู่ในศูนย์การค้า
 อื่น ๆ มี.....คูหา.....ชั้น

๔. พื้นที่.....ตารางเมตร กว้าง.....เมตร ยาว.....เมตร สูง.....เมตร

๕. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพ.....คน

๖. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

๗. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล วันนับแต่วันยื่นแบบ ส.พ.๑

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

• การอนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล

- อนุมัติ แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ตามแบบ ส.พ.๒ ที่แนบมาพร้อมนี้
 มอบหมายให้พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้มีรายชื่อดังต่อไปนี้ ออกตรวจลักษณะสถานพยาบาลในวันที่.....
๑.....
๒.....

(ลายมือชื่อ).....ผู้อนุญาต

(นายรังสรรค์ วงษ์บุญหนัก)

หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค.

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่

วันที่

ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

 ๑.๑ ชื่อเลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 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.....

ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เตียง

๒. ลักษณะของสถานพยาบาล

 ๒.๑ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกเฉพาะทาง ด้านเวชกรรม ด้านทันตกรรม ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ กิจกรรมบำบัด การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก รังสีเทคนิค จิตวิทยาคลินิก กายอุปกรณ์ การแพทย์แผนจีน อื่น ๆ สหคลินิก ประกอบด้วย

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

 ห้องเอกซเรย์ ห้องไตเทียม ห้องผ่าตัด ห้องฝังเข็ม อื่น ๆ

๒.๒ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

- โรงพยาบาลทั่วไป ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลเฉพาะทาง ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลทันตกรรม ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลกายภาพบำบัด ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่
- โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

- อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม
- แผนกเทคนิคการแพทย์ แผนกออร์โธปิดิกส์ แผนกโรคผิวหนัง แผนกการผสมเทียม
- แผนกกายภาพบำบัด แผนกการแพทย์แผนไทย แผนกโภชนาการ แผนกชักฟอก
- หอผู้ป่วยหนัก ห้องตรวจภายในและชุดมดลูก ห้องผ่าตัดเล็ก ห้องให้การรักษา
- ห้องทารกหลังคลอด การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ห้องไตเทียม ห้องทันตกรรม
- รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์ การผ่าตัดเปิดหัวใจ การสวนหัวใจ รังสีบำบัด
- การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ ห้องเก็บศพ
- แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ แผนกการนวด แผนกการแพทย์แผนจีน อื่น ๆ

๓.วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ)

ณ สถานพยาบาลชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

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

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

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

- สำเนาบัตรประจำตัว หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานตามแบบ ส.พ. ๖
พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน
และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบการวิชาชีพ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต
- สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
- ใบรับรองแพทย์ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
- สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี) หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
- แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง
- เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้

- (ก) แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล
- (ข) แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง
- (ค) แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร
- (ง) ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร
- (จ) ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร
- (ฉ) เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร
- (ช) ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย

- กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมีการเพิ่มเติมดังนี้
- (ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ
- (ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ตัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร
- (ค) หนังสือแสดงความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม
- อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

- หมายเหตุ** ๑. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อายุ ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....

เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้วันที่

ได้รับ หนังสืออนุมัติ วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ออกให้วันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

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

ปัจจุบันข้าพเจ้า

 ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ) ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล.....

อำเภอ/เขต จังหวัด มาก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล

โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

 สำเนาบัตรประจำตัว สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป อื่น ๆ

(ลายมือชื่อ) ผู้แสดงความจำนง

(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว | <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน | <input type="checkbox"/> สำเนาโฉมบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี) | |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี | |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่าย ขนาด ๔ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง
๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)
๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑
๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

(.....) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

แนวทางการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล

ของสถานพยาบาลชื่อ.....

๑. ภาชนะที่ใช้ในการจัดเก็บขยะติดเชื้อ

.....

๒. ภาชนะที่ใช้ในการเก็บขยะของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด สไลด์ ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว เป็นต้น

.....

๓. หน่วยงานที่ส่งขยะติดเชื้อไปกำจัด

ระยะเวลาหรือความถี่ในการส่งกำจัด.....

๔. การทำความสะอาด และ การทำให้ปราศจากเชื้อ ภายในสถานพยาบาล เครื่องมือ และวัสดุการแพทย์

๔.๑. บริเวณพื้นที่ห้องตรวจทำความสะอาดด้วย.....

๔.๒. บริเวณพื้นที่ห้องทำแผล/ห้องปฏิบัติการต่างๆ.....

๔.๓. เติงตรวจเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำยาอะไร.....

๔.๔. รถทำแผลเช็ดฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาอะไร.....

๔.๕. เครื่องมือตรวจโรคทั่วไป เช่น เครื่องวัดความดัน หูฟัง ทำความสะอาดด้วยวิธีใด.....

๔.๖. พรอทัดใช้.....

๔.๗. ไม้กีดลิ้น.....

๔.๘. ขวดแก้วแบ่งน้ำยาบนรถทำแผลทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีใด.....

๔.๙. วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ เช่น กระบอกใส่ Transfer Forceps, Forceps, Curette,กรรไกรตัดไหม ถาด ใส่เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ หม้อก๊อช/สำลี ฆ่าเชื้อโดยวิธีใด.....

๔.๑๐. Set Sterile ต่างๆ เช่น Set ทำแผล Set เย็บแผล เป็นต้น...ทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีใด.....

๔.๑๑. เข็ม Syring ถูมือ...ทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีใด หรือ ใช้แบบฆ่าเชื้อสำเร็จรูปใช้ครั้งเดียวทิ้ง.....

๔.๑๒. เครื่องมือแพทย์หรือเครื่องมือทันตกรรมต่างๆ ทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีใด

ชุดตรวจฟัน ชุดอุดฟัน ชุดถอนฟัน(ที่ทำด้วยโลหะ).....

.....

ด้ามกรอฟัน(กรอช้า/กรอเร็ว).....

.....

เครื่องชุดหินปูนไฟฟ้า.....

.....

ด้ามจับ Suction , tripple Syring, ท่อนำแสงของเครื่องฉายแสง.....

.....

เครื่องมือ/วัสดุที่ทำด้วยพลาสติกยาง เช่น ด้ามพู่กัน,Rubber cup,ชนแปรงพู่กัน.....

.....

การทำลายเชื้อพื้นผิวที่ปนเปื้อน เช่น เบาะเก้าอี้ทำฟัน ปุ่มปรับต่างๆ.....

.....

อื่นๆได้แก่.....

.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน

ฉบับ คือ

หลักฐานการใช้บริการกำจัดขยะติดเชื้อ

.....

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(.....)

แผนผังแสดงที่ตั้งสถานพยาบาล

สถานพยาบาลชื่อ.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต
(.....)

แผนผังภายในสถานพยาบาล

สถานพยาบาลชื่อ.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต
(.....)