

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
๓. มีการแสดงใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลไว้ด้านหน้าคลินิก โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๔. ชำระค่าธรรมเนียมปีแล้ว และติด ส.พ.๑๒ (แบบแสดงการชำระค่าธรรมเนียมประจำปี) ไว้ด้านหน้าคลินิกสามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๕. ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลต่ออายุทุก ๒ ปี (กรณีใหม่ไม่ถึง ๒ ปีใส่ <input type="checkbox"/> มี)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๖. แสดงหรือติดป้ายวัน เวลา ที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนตรงตามใบอนุญาต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๗. แสดงหรือติดป้ายคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ด้านหน้าคลินิกในที่เปิดเผย สามารถมองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๘. แสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ (ข้อความหรือสัญลักษณ์) ได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๙. แสดงอัตราค่าบริการสถานพยาบาล เช่น ค่ายา...ค่าทำแผล...ค่าอุดฟัน...ค่าตรวจเลือด.... ฯลฯ ไว้ในที่เปิดเผย (เป็น ป้าย หรือแฟ้มหรือคอมพิวเตอร์ ฯลฯ)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๐. มีป้ายแจ้งว่า สอบถามอัตราค่าบริการสถานพยาบาลได้ที่.....(แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่หรือได้ที่นี้) มองเห็นชัดเจน ด้วยตัวอักษรข้อความสูง ๑๐ เซนติเมตร(ไม่บังคับสี)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๑. มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สำหรับบันทึกประวัติคลินิก ที่ผู้อนุญาตเป็นผู้ออกให้ เป็นเล่มสีเขียว)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๒. สถานที่ตั้งมีความมั่นคง ปลอดภัยไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย (พื้น ผนัง เพดาน ประตูหรือโครงสร้างอื่น ๆ)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๓. พื้นที่สถานพยาบาลไม่ปะปนกับร้ายขายยาหรือกิจการอื่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๔. กรณีที่มีการให้บริการของสถานพยาบาลหลายลักษณะหรือหลายสาขารวมอยู่ในอาคารเดียวกัน (สหคลินิก) จะต้องมีส่วนให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานการให้บริการนั้น ๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๕. บริเวณทั้งภายนอก ภายใน และการดูแลอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ มีความสะอาดเรียบร้อย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๖. มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานติดตั้งโดยส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร สามารถอ่านคำแนะนำการใช้ได้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๗. มีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นอับทึบ กรณีติดตั้งเครื่องปรับอากาศ ต้องมีพัดลมดูดอากาศสู่ภายนอกอาคาร ทั้งนี้ ถ้าความสูงของฝ้าเพดานน้อยกว่า ๒.๖๐ เมตร ผู้ขอรับอนุญาตฯ ต้องแสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่าระบบระบายอากาศทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๘. มีห้องตรวจ และห้องให้การรักษา เป็นสัดส่วนมิดชิด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๑๙. ยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๐. ของยา ขวดยา หรือ ภาชนะบรรจุยาอื่นๆ ให้ระบุชื่อคลินิก ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ อย่างชัดเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๑. มีวัตถุออกฤทธิ์หรือไม่ - กรณีที่มีวัตถุออกฤทธิ์ มีสถานที่หรือตู้เก็บที่มั่นคงและปลอดภัย มีกุญแจเปิดและปิดอย่างมีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๒. มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ที่อุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นนั้นต้องไม่มีอาหาร หรือเครื่องดื่มปะปน และมีการควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น โดยมีเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิอย่างน้อย ๑ จุด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๓. มีป้ายแสดงรูปถ่าย สาขาวิชาชีพ และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ(ป้ายชื่อใบสั่งน้ำเงิน)ที่กำลังปฏิบัติงานในขณะนั้น ในบริเวณที่ที่เห็นได้ชัดเจนหน้าห้องตรวจนั้น ๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	

รายการ	การประเมินตนเอง	หมายเหตุ
๒๔. มีบัตรประจำตัวผู้ป่วย(OPD Card) เก็บไว้ไม่น้อยกว่า ๕ ปี มีการบันทึกเกี่ยวกับการให้บริการดังนี้ ก) ชื่อสถานพยาบาล ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้มารับบริการ ประวัติอาการป่วย การแพ้ยา ผลตรวจทางร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จ) การวินิจฉัยโรค ฉ) การรักษา ช) ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพผู้ให้การรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๕. มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการประจำวัน เก็บไว้ไม่น้อยกว่า ๕ ปี อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้ ก) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย ข) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย ค) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ ง) การวินิจฉัยโรค	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๖. มีการส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล (ส.พ.๒๓) ตั้งแต่ ๑ ต.ค.ของปีที่ผ่านมา ถึง ๓๐ กย. ในปีนั้นๆ ส่งพร้อมชำระค่าธรรมเนียมประจำปีถัดไป	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ล่าสุดส่งรายงานประจำปี๒๕๕.....
๒๗. มีการทำให้เครื่องปราศจากเชื้อ ๒๗.๑ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมตรวจสอบ การทำความสะอาด และทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อในห้องบำบัดรักษา หรือในบริเวณที่มีงานหัตถการ ๒๗.๒ กรณีมีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ โปรดระบุวิธีทำ ๒๗.๒.๑ แขน้ำยา ๒๗.๒.๒ อบนึ่งใน Atoclave (เครื่องอบนึ่งภายใต้ความดัน) ๒๗.๒.๓ อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๘. มีห้องตรวจภายใน หรือไม่ ๒๘.๑ ในกรณีมีห้องตรวจภายใน จะต้องมี - ห้องเป็นสัดส่วนมิดชิด - มีเตียงสำหรับตรวจภายใน และไฟส่องตรวจ - มีอุปกรณ์ตรวจภายใน ทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม - มีผ้าปิดตา ผ้าคลุมตัว ป้องกัน การเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๒๙. มีเครื่องเอกซเรย์ หรือไม่ (เฉพาะคลินิกทันตกรรมต้องมีเครื่องเอกซเรย์ฟัน) ๒๙.๑ กรณีมีเครื่องเอกซเรย์จะต้องเป็นไปตามมาตรฐานกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และได้รับใบอนุญาตให้ใช้เครื่องเอกซเรย์จากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๓๐. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป มีภาชนะใส่มูลฝอยติดเชื้อ (ใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ“ขยะติดเชื้อ”) แยกต่างหากจากภาชนะใส่มูลฝอยทั่วไป และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม มูลฝอยที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
๓๑. มีการโฆษณาสถานพยาบาลหรือไม่ ๓๑.๑ กรณีมีการโฆษณามีข้อความไปตามกฎหมาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้อมูลในแบบประเมินนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล / ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....