

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ อาคารพาณิชย์ / ตึกแถว

- ถ่ายรูปภายนอกอาคาร ให้เห็นครบทุกชั้น

➤ ภายในอาคาร / ห้องสรรพสินค้า

- ถ่ายรูปภายนอกอาคาร ให้เห็นภาพรวมของสถานที่

1.ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต

➤ ป้ายชื่อร้าน / เลขที่ตั้ง

- ถ่ายรูปบริเวณหน้าร้านให้เห็นป้ายชื่อร้าน พร้อมทั้งเลขที่ตั้งสถานที่ให้ชัดเจนจากภายนอกอาคาร

2.ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย,เลขที่)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ ถ่ายรูปบริเวณเฉพาะจุดที่มีการจำหน่ายยาต้านซ้าย

3.ตู้วางยาต้านซ้ายของสถานที่ขออนุญาต (ถ่ายจากหน้าร้าน)

➤ ถ่ายรูปบริเวณเฉพาะจุดที่มีการจำหน่ายยาต้านขวา

4.ตู้วางยาต้านขวาของสถานที่ขออนุญาต (ถ่ายจากหน้าร้าน)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

- ถ่ายรูปตู้วางยาด้านหลังโดยให้เห็นครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยาอันตราย
(โดยนำม่านปิดบังเปิดขึ้น)

5. บริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร”

- ถ่ายรูปตู้วางยาด้านหลังโดยให้เห็นครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยาอันตราย
(โดยม่านต้องปิดบังส่วนตู้ยาด้านหลังทั้งหมดพร้อมข้อความที่ระบุให้ครบถ้วนและต้อง
เป็นข้อความที่ไม่สามารถหลุดลอกหรือขูดได้ง่าย ครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยาอันตราย)

6. การใช้ม่าน หรือวัสดุทึบ สำหรับใช้ปิดบังบริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร” พร้อม แสดงข้อความ

“ขณะนี้เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถขายยาในบริเวณนี้ได้”

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

- ต้องจัดเตรียมโต๊ะให้คำปรึกษาโดยมีขนาดที่เหมาะสมกับการให้คำปรึกษาแนะนำ พร้อมเก้าอี้นั่ง 2 ตัว สำหรับเภสัชกรและสำหรับผู้มารับบริการ
- มีป้ายระบุ “ ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ” ต้องเป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย
(ตัวหนังสือควรใช้ตัวพิมพ์ที่สามารถอ่านออกได้ชัดเจน)

7. บริเวณ “ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ”(โต๊ะพร้อมเก้าอี้สำหรับเภสัชกร และผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำ)

- ถ่ายให้เห็นภาพรวมของชั้นครบถ้วนทั้งหมด พร้อมทั้งติด
ป้ายระบุ “ จุดให้บริการตนเอง ” เป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย

8. บริเวณสำหรับให้ลูกค้าบริการตนเอง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

- ต้องมีป้ายระบุ “พื้นที่เก็บสำรองยา หรือ ตู้เก็บสำรองยา” เป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย
- ลักษณะบริเวณพื้นที่เก็บสำรองยา สามารถจัดเป็นตู้หรือชั้นวางยา (โดยไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง)

9. บริเวณ “พื้นที่เก็บสำรองยา(Stock)” (ถ้ามี)

- ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ
 - “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน” สีพื้นป้ายสีน้ำเงิน ตัวอักษรสีขาว ขนาดตัวอักษรไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า 20X70 เซนติเมตร (กว้างXยาว)
- ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
 - สีพื้นป้ายสีน้ำเงิน ตัวอักษรสีขาว ขนาดตัวอักษรไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า 20X50 เซนติเมตร (กว้างXยาว)
 - ระบุ นาย/นาง/นางสาว ชื่อ-สกุล ด้านหลังนามสกุลตามด้วย ภ.บ.
 - ด้านหน้า ชื่อ-สกุล ติดรูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (รูปสี 4x6 นิ้ว) สวมเสื้อกาวน์มีตราสถานศึกษาหรือสถานประกอบการ ด้านล่างรูปภาพ แสดงเลขที่ใบอนุญาต “ภ. xxxx” ขนาดไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร

10. ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....
ที่อยู่.....

➤ ถาดนับเม็ดยา อย่างน้อย 2 ถาด

ติดป้ายระบุ ที่ฝาถาดนับเม็ดยา และด้ามนับเม็ดยา (ด้านเล็ก) ใช้ตัวพิมพ์ที่สามารถอ่านออกได้ชัดเจน และติดไม่ให้หลุดลอก หรือชำรุดได้ง่าย

- “ กลุ่มยาเพนนิซิลิน “ (ภาษาไทย)
- “ กลุ่มยาทั่วไป “

11. ถาดนับเม็ดยา (กลุ่มยาเพนนิซิลิน ,กลุ่มยาทั่วไป) และเครื่องวัดความดันโลหิต(ชนิดอัตโนมัติ)

➤ ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวางตู้เย็น และบริเวณข้างเคียง

12. ตู้เย็น

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

- ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวาง และบริเวณข้างเคียง

13. เครื่องชั่งน้ำหนัก และที่วัดส่วนสูงสำหรับผู้มารับบริการ

- ถังดับเพลิง ขนาดบรรจุไม่น้อยกว่า 4 กิโลกรัม จัดวางในบริเวณที่เหมาะสม โดยติดตั้งสูงจากพื้นไม่เกินกว่า 1.50 เมตร และสามารถใช้งานได้สะดวก
- กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในอาคารห้างสรรพสินค้า หรือ อาคารสำนักงาน สามารถใช้การอ้างอิงระบบป้องกันอัคคีภัย และอุปกรณ์ดับเพลิงของอาคารได้ เช่น รูปถ่ายสายยางดับเพลิง(Fire hose) หรือ ระบบกระจายน้ำดับเพลิงอัตโนมัติ(sprinklers)

14. อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ บนซองบรรจุนยา ต้องระบุ

1. ชื่อร้าน

2. ที่อยู่ร้าน (ให้ครบถ้วนทั้งหมด)

3. หมายเลขโทรศัพท์

15. ซองบรรจุนยา ที่มีชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์

➤ รูปถ่ายสีครึ่งตัว หรือเต็มตัวโดยเภสัชกรสวมเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมายสภาเภสัชกรรม พร้อมป้ายแสดงบนเสื้อว่าเป็นเภสัชกร

16. เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (สวมเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม พร้อมป้ายแสดงบนเสื้อว่าเป็นเภสัชกร)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

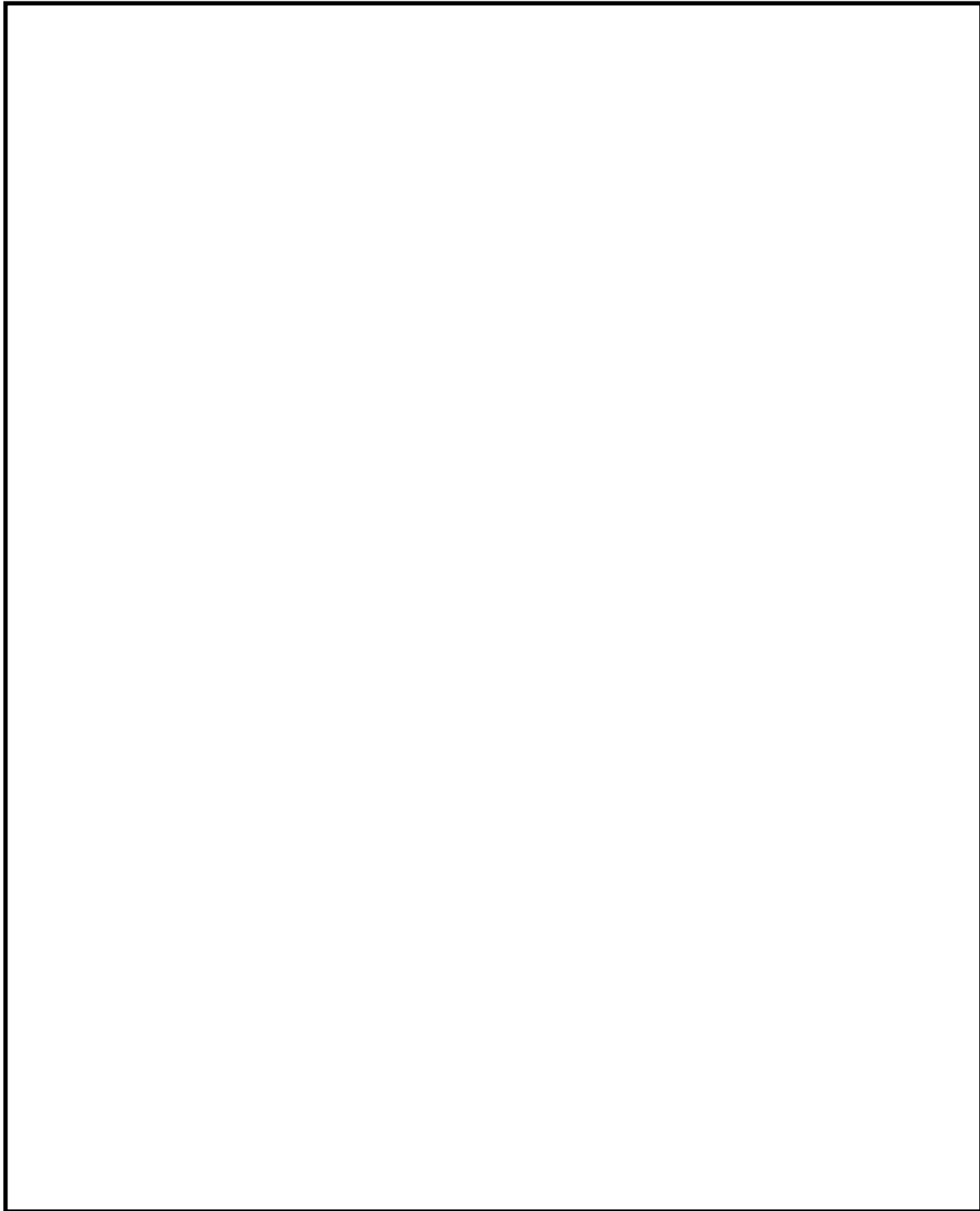
➤ ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวาง และบริเวณข้างเคียง

17. เครื่องปรับอากาศ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

แผนผังภายในของสถานที่.....

ที่อยู่.....



หมายเหตุ ระบุนความกว้าง ลึกของร้าน

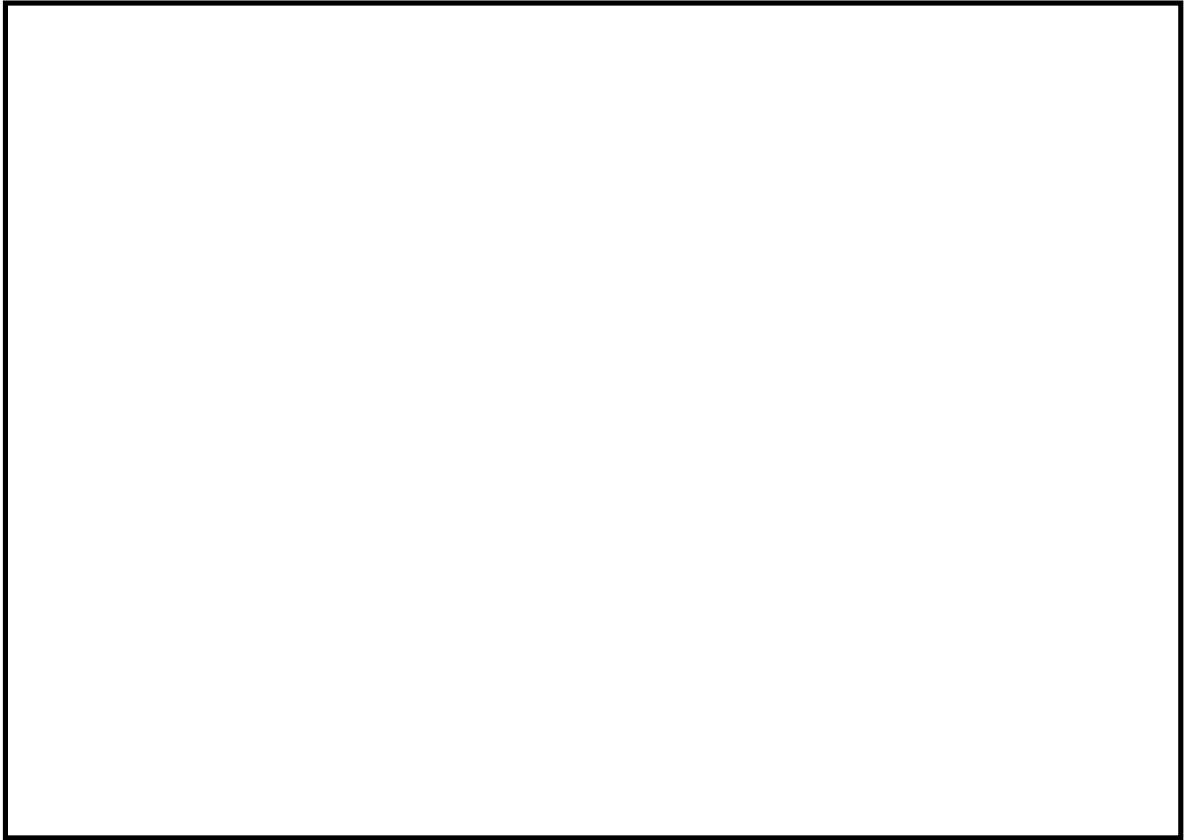
ระบุการจัดวางยา บริเวณให้คำปรึกษาแนะนำ

หากขาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

แผนที่ตั้งของสถานที่.....
ที่อยู่.....



หมายเหตุ หากขาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

ทุกรูปถ่าย ต้องอัดเป็นกระดาษโฟโต้เท่านั้น ขนาด 4*6 นิ้ว

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



1.ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต



2.ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย, เลขที่)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



3.ตู้วางยาต้านซ้ายของสถานที่ขออนุญาต (ถ่ายจากหน้าร้าน)



4.ตู้วางยาต้านขวาของสถานที่ขออนุญาต (ถ่ายจากหน้าร้าน)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



5. บริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร”



6. การใช้ม่าน หรือวัสดุทึบ สำหรับใช้ปิดบังบริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร” พร้อม แสดงข้อความ

“ขณะนี้เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถขายยาในบริเวณนี้ได้”

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



7. บริเวณ “ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ”(โต๊ะพร้อมเก้าอี้สำหรับเภสัชกร และผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำ)



8.บริเวณสำหรับให้ลูกค้าบริการตนเอง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



9. บริเวณ “พื้นที่เก็บสำรองยา(Stock)” (ถ้ามี)



10. ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....
 ที่อยู่.....



11. ถาดนับเม็ดยา (กลุ่มยาเพนนิซิลิน ,กลุ่มยาทั่วไป) และเครื่องวัดความดันโลหิต(ชนิดอัตโนมัติ)



12. ตู้เย็น

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
 ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



13. เครื่องชั่งน้ำหนัก และที่วัดส่วนสูงสำหรับผู้มารับบริการ



14. อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

คำคร่ำครึ มีโรคประจำตัว หรือแพ้ยา โปรดแจ้งเภสัชกร

 ชื่อร้าน ที่อยู่+เบอร์โทร

เปิด 7.20-20.30 น.
ปิดวันอาทิตย์
740 อ.กรรมาชน แขวงบางขุนนนท์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200
โทร.0-2626-7788 , 0-2048-6911

ชื่อผู้ป่วย..... วันที่จ่ายยา.....
PATIENT'S NAME DATE
ชื่อยา.....
DRUG NAME
ข้อควรใช้..... จำนวน.....
INDICATION AMOUNT

รับประทานครั้งละ.....เม็ด วันละ.....
TAKE TABLET TIMES PER DAY

☐ ก่อนอาหาร 1 ชม. ☐ หลังอาหาร ☐ ทุก..... ชม.
1/2 1 HR. BEFORE MEAL AFTER MEAL EVERY HOUR

☐ เช้า ☐ กลางวัน ☐ เย็น ☐ ก่อนนอน
BREAKFAST LUNCH DINNER BEDTIME

หมายเหตุ.....
REMARKS

คำแนะนำพิเศษ
SPECIAL INSTRUCTIONS

☐ รับประทานทันที
TAKE IMMEDIATELY AFTER MEAL

☐ ห้ามรับประทานนม/ยากรด
DO NOT TAKE WITH MILK / ANTACIDS

☐ รับประทานวันละทุกมื้อ
TAKE DAILY UNTIL ALL TAKEN

☐ รับประทานแล้วอาจทำให้ท้องอืด
MAY CAUSE BLOATING

☐ รับประทานเฉพาะเมื่อมีอาการ
TAKE WHEN SYMPTOMS OCCUR

☐ ดื่มน้ำมากๆ
TAKE WITH PLENTY OF WATER

☐ อื่นๆ.....
OTHERS

เภสัชกรผู้จ่ายยา.....
ต้องกรอกยาเต็ม โปรดนำซองยากลับไปด้วย

15. ของบรรจุยา ที่มีชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์



16.เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (สวมเสื้อขาว ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม พร้อมป้ายแสดงบนเสื้อว่าเป็นเภสัชกร)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



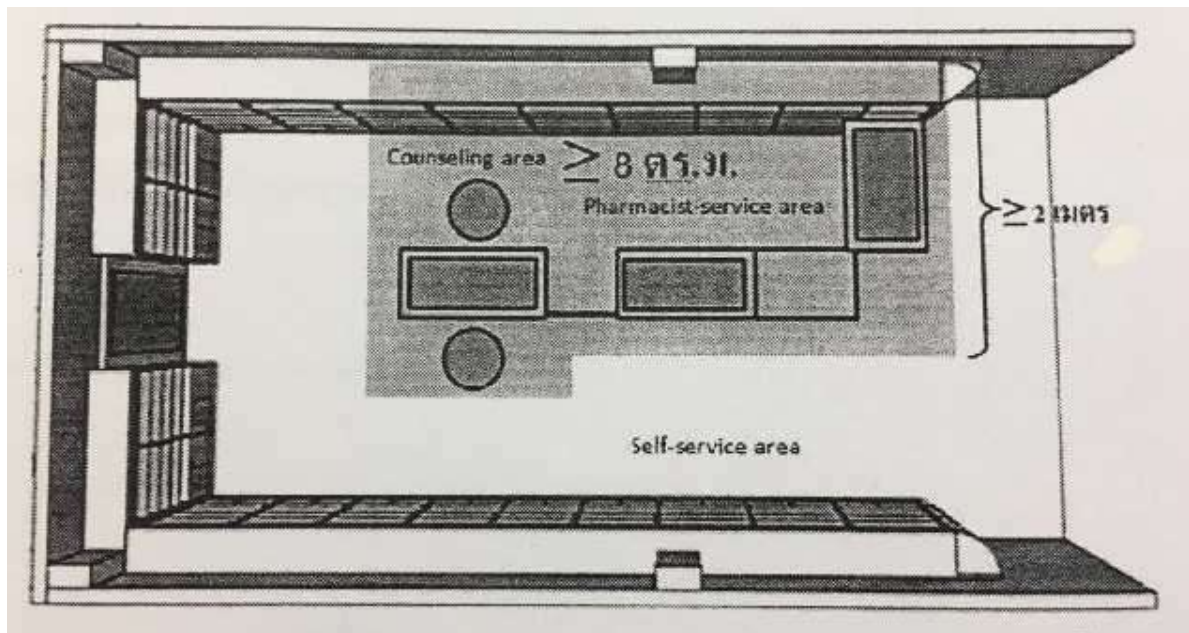
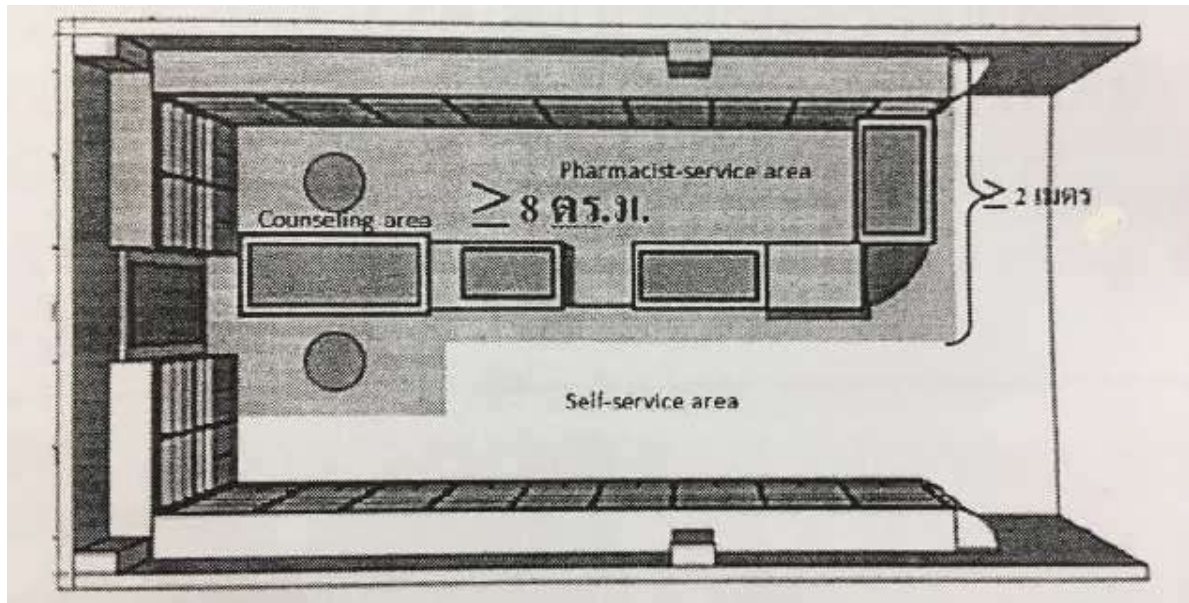
17. เครื่องปรับอากาศ

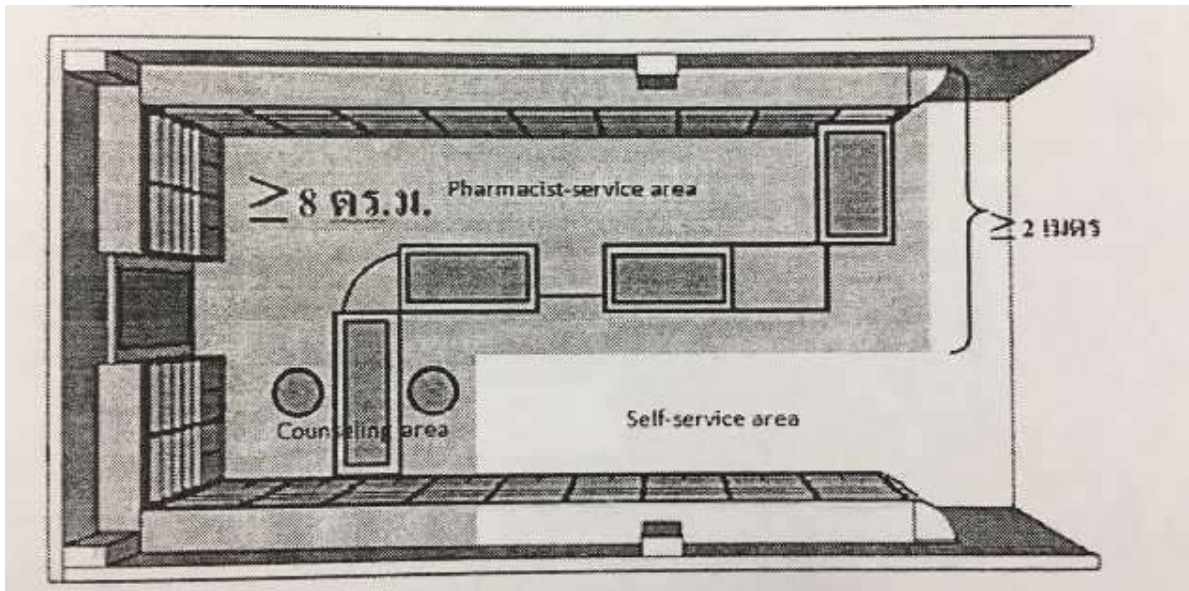
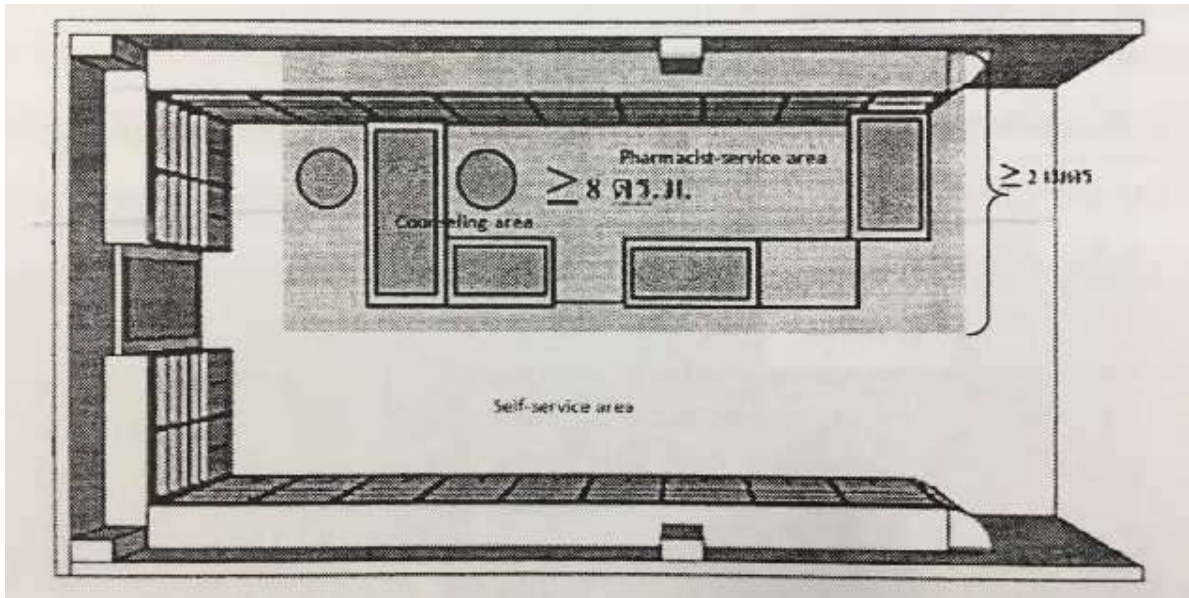
ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

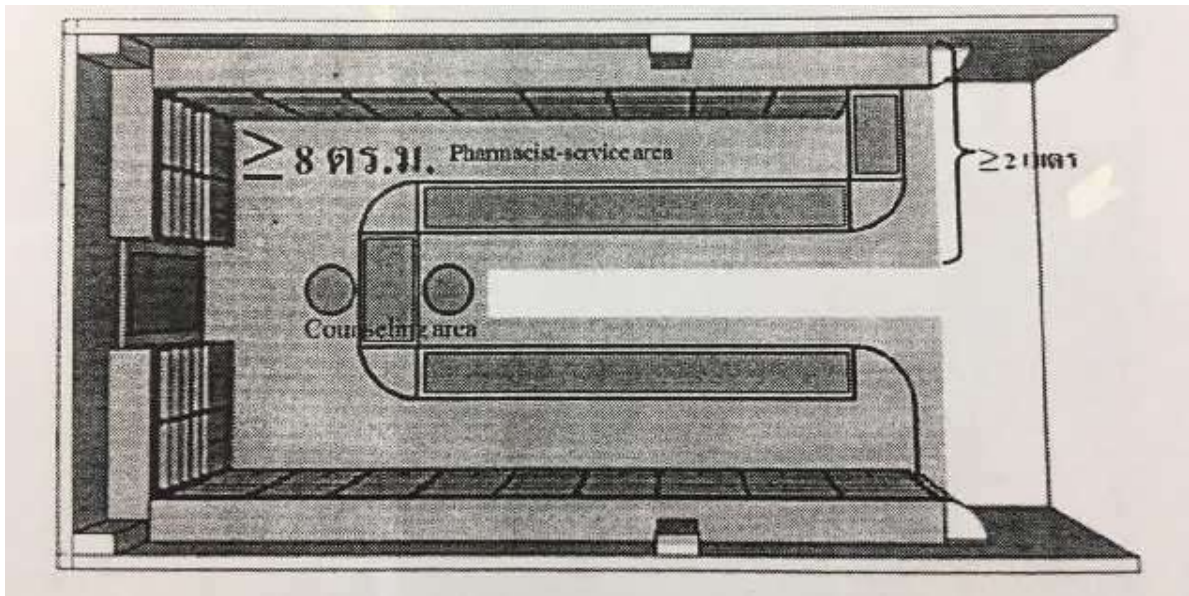
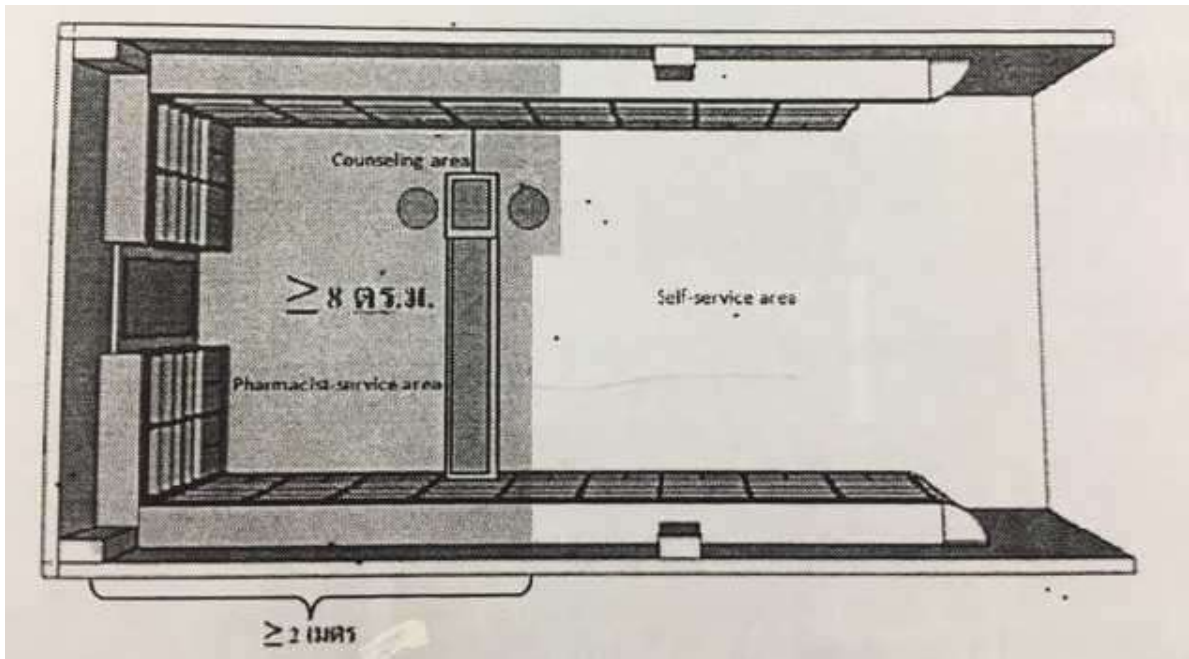
ตัวอย่างการวาดแผนผังแบบต่างๆ

แผนผังภายในของสถานที่

ที่อยู่







หมายเหตุ ระบุความกว้าง ลึกของร้าน

ระบุการจัดวางยา บริเวณให้คำปรึกษาแนะนำ

หากขาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

ตัวอย่างการเขียนแผนผัง ให้เข้าใจง่าย และหาเจอได้จริง

แผนที่ตั้งของสถานที่.....

ที่อยู่.....



หมายเหตุ หากวาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....