**บันทึกการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลคลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขากายอุปกรณ์ประจำปี**

**ลำดับที่…………………**

**ว/ด/ปี ที่สำรวจ........../............/.........**

**ส่วนที่ 1 บันทึกข้อมูลในช่องว่าง**

1. ชื่อคลินิกตามใบอนุญาต ……………………………………….………..........................................................................

2. ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่ ……………………………………………………………….............................................

3. ใบอนุญาตดำเนินการเลขที่ ………………………..…………………………….………………............................................

4. ชื่อผู้ประกอบกิจการ ......................................................................................................................................

5. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล .......................................................................................................................

6. วัน เวลา เปิดทำการตามใบอนุญาต ……….………………………………………………………..................................

7. ชื่อผู้ประกอบวิชาชีพร่วมที่พบ 1. ....................................................... เลขที่ใบอนุญาต...............................

 2. ....................................................... เลขที่ใบอนุญาต...............................

 3. ....................................................... เลขที่ใบอนุญาต...............................

 4. ....................................................... เลขที่ใบอนุญาต...............................

8. ตั้งอยู่เลขที่…………………………..….…..ซอย/ตรอก………..…………….ถนน……….……………….......…หมู่ที่….........

 ตำบล………………….….…. เขต/อำเภอ.……….…………….….จังหวัด……………………..โทรศัพท์………….………….....

9. ลักษณะอาคารที่ตั้งคลินิก

 □ อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ □ อาคารอยู่อาศัย □ ห้องแถว

 □ ตึกแถว □ บ้านแถว □ บ้านแฝด

 □ ศูนย์การค้า □ อาคารพาณิชย์........................ชั้น

 ตั้งอยู่ชั้นที่..................................................................

 □ คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย □ คอนโดมิเนียมสำนักงาน

 □ อื่น ๆ ………………………………………………….................................................................................

10.พื้นที่ให้บริการ มีดังนี้ .................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

11. การบริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม .....................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

พนักงานเจ้าหน้าที่ ได้มาตรวจมาตรฐาน เมื่อวันที่ .............................................ปรากฏผลการตรวจ ดังนี้คือ

12. เครื่องมือพิเศษ ได้แก่ ..............................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

**ส่วนที่ 2 การตรวจลักษณะสถานพยาบาล โปรดใส่เครื่องหมาย** ✓ ในช่องว่างเมื่อถูกต้องและเครื่องหมาย × เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในช่องว่าง กรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้น ๆ เครื่องหมาย –

**ในช่องว่าง**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
| **การตรวจสอบผู้ดำเนินการ**1. พบผู้ดำเนินการการสถานพยาบาล |  |  | หากไม่พบผู้ดำเนินการให้ระบุชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ ชื่อ............................................................................................ |
| 2.เวลาทำการตรงกับเวลาที่ขออนุญาตหรือไม่ |  |  |  |
| 3.หากเจอผู้ประกอบวิชาชีพ ให้ตรวจสอบได้มีการแสดงรายละเอียดเป็นผู้ประกอบวิชาชีพร่วมหรือไม่ |  |  |  |
| **การตรวจสอบสถานที่****1. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล** |  |  |  |
|  1.1 ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ |  |  |  |
|  1.2 อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย |  |  |  |
| 1.3 บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย โดยมีลักษณะดังนี้ |  |  |  |
| 1.3.1 มีพื้นที่โดยรวมไม่ต่ำกว่า 20 ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า 3.00 เมตร |  |  |  |
| 1.3.2 มีส่วนที่นั่งพักคอยของผู้ป่วยและญาติที่เหมาะสม ไม่น้อยกว่า 5 ที่นั่งและที่นั่งต้องมีพนักพิง |  |  |  |
|  1.4 การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ขนาดความกว้างของประตู เข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า 80 เซนติเมตร  |  |  |  |
|  1.5 ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษา 1.5.1 ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษากั้นเป็นสัดส่วนและมิดชิด มีประตู เปิด-ปิด อย่างชัดเจน  |  |  |  |
|  1.5.2 ภายในห้องตรวจต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค 1 ตัว เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ 1 เตียง |  |  |  |
|  1.5.3 อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำพร้อมมีสบู่เหลวผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว |  |  |  |
|  1.5.4 ไม่มีวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  1.6 มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้องหรือมีห้องน้ำส่วนรวมในกรณีอาคารศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน |  |  |  |
|  1.7 มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ (หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า 2.6 เมตร ต้องเพิ่มพัดลมดูดอากาศที่เหมาะสม) |  |  |  |
|  1.8 มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม 1.8.1 ทุกห้องตรวจและทุกห้องที่ให้การรักษาผู้ป่วย ต้องมีถังขยะทั่วไป–ถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบใช้เท้าเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิด ถังขยะติดเชื้อใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”ไว้ที่ถังขยะ แยกต่างหากจากถังขยะทั่วไป ใช้ถุงสีดำ เขียนข้อความ “ขยะทั่วไป” ไว้ที่ถังขยะ วางคู่กันทุกห้อง |  |  |  |
|  1.8.2 มีสัญญา/หนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ หรืออาจแสดงใบเสร็จรับเงินที่เป็นเดือนปัจจุบัน |  |  |  |
|  1.9 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม (นอกเหนือจากพิจารณาในภาพรวมแล้ว ให้ตรวจสอบการทำความสะอาดและทำ ให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ ในห้องบำบัดรักษาหรือในบริเวณที่มีงานหัตถการด้วย) **หากมีความจำเป็น** 1.9.1 เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับควบคุมการติดเชื้อในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ทำ เช่น Autoclave หม้อต้มเครื่องมือแพทย์ เครื่องนึ่ง |  |  |  |
|  1.9.2 แช่น้ำยาฆ่าเชื้อ |  |  |  |
|  1.9.3 ขั้นตอน/วิธีการทำให้เครื่องมือสะอาดปราศจากเชื้อและวิธีกำจัดของมีคม ติดในที่เปิดเผยภายในคลินิก |  |  |  |
|  1.10 มีเครื่องดับเพลิงขนาดเหมาะสม ตามที่กฎหมายท้องถิ่นบัญญัติ และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งในที่มองเห็นได้ชัดเจน 1.10.1 ขนาดเครื่องดับเพลิงไม่ต่ำกว่า 10 ปอนด์ |  |  |  |
|  1.10.2 มีเครื่องดับเพลิงติดตั้งทุกชั้น |  |  |  |
|  1.10.3 ติดตั้งเครื่องดับเพลิงส่วนบนสูงจากพื้นไม่เกิน 1.5 เมตร หรือวางกับพื้นมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็นอย่างชัดเจน และควรมีป้ายแสดงจุดที่ตั้งถังดับเพลิง |  |  |  |
|  1.11 มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
| **2. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการดังต่อไปนี้** 2.1 มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ |  |  |  |
|  2.2 มีการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพ ตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี |  |  |  |
|  2.3 พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น |  |  |  |
|  2.4 พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริการส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริการส่วนตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน |  |  |  |
|  2.5 ในกรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก |  |  |  |
|  2.5.1 สถานพยาบาลต้องมีประตู เข้า-ออก คนละทางกับการประกอบกิจการอื่น |  |  |  |
|  2.5.2 การกั้นพื้นที่ต้องเป็นสัดส่วน แสดงให้เห็นประจักษ์ ชัดเจนและถาวร |  |  |  |
|  2.6 ในกรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือ มีคลินิกหลายลักษณะ อยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น แต่ละสาขาต้องมีอย่างน้อย 1 ห้องตรวจโรค ซึ่งต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค 1 ตัว เตียงตรวจโรค 1 เตียง ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือ เปิด-ปิดน้ำ สบู่ |  |  |  |
| **3. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการและสิทธิผู้ป่วย** |  |  |  |
|  3.1 มีป้ายชื่อสถานพยาบาล เป็นไปตามกฎกระทรวง |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  3.1.1 ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า 40 เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า 120 เซนติเมตร |  |  |  |
|  3.1.2 จัดทำแผ่นป้ายแสดงชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทยขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร ตัวหนังสือ สีน้ำตาล สีพื้นป้ายสีขาว |  |  |  |
|  3.1.3 เลขที่ใบอนุญาตขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 5 เซนติเมตร ตัวเลขสีน้ำตาล  |  |  |  |
|  3.1.4 กรณีใช้ภาษาต่างประเทศร่วมด้วย ต้องมีชื่อตรงกันกับภาษาไทย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย |  |  |  |
|  3.2 ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกและเหมาะสม |  |  |  |
|  3.3 ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวนโอ้อวดเกินจริงหรืออาจสื่อให้เข้าใจผิด 3.3.1 คำนำหน้าชื่อหรือต่อท้ายของชื่อคลินิกต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิก |  |  |  |
|  3.3.2 กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย  |  |  |  |
|  3.3.3 ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช้คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินความจริง หรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการ |  |  |  |
|  3.3.4 ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต |  |  |  |
|  3.3.5 คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอหรือในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่ผู้ขอรับอนุญาตเป็นบุคคลเดียวกันหรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษรหรือหมายเลขเรียงลำดับหรือที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก |  |  |  |
|  3.4 มีข้อความแสดงวัน เวลา ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับเวลาที่ขอรับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล |  |  |  |
|  3.5 มีบริเวณที่ต้องแสดงใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการในบริเวณที่เปิดเผย และเหมาะสม เช่น บริเวณที่นั่งพักคอยของผู้รับบริการ |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  3.6 มีบริเวณที่ใช้แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล(แบบ ส.พ.12) ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจนบริเวณทางเข้าสถานพยาบาล  |  |  |  |
|  3.7 หน้าห้องตรวจมีบริเวณให้ติดป้ายแสดงชื่อ ภาพถ่าย และเลขที่ใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้บริการ หากมีผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นปฏิบัติงานให้ยื่น สพ.6 ทุกคนและแสดงป้ายนี้ไว้ในบริเวณที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน |  |  |  |
|  3.8 แสดงอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมการบริการที่เรียกเก็บ โดยแสดงอัตราราคาต่อหน่วย และระบุข้อความด้วยอักษรภาษาไทย โดยแสดงไว้ในที่เปิดเผยให้ผู้รับบริการสามารถเห็นได้ง่าย โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่ม หรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ  |  |  |  |
|  3.9 มีป้ายแสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 10 เซนติเมตร แสดงไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน |  |  |  |
|  3.10 แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่ายอ่านได้ชัดเจน ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 1 เซนติเมตร บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ |  |  |  |
|  3.11 ข้อความโฆษณาสถานพยาบาล (ถ้ามี) ไม่เป็นเท็จ ไม่โอ้อวด หรือสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญ |  |  |  |
| **4.ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล** 4.1 เวชระเบียน  4.1.1 มีตู้หรือชั้นหรืออุปกรณ์เก็บเวชระเบียนที่มั่นคง ปลอดภัยและต้องจัดให้เป็นระเบียบสามารถค้นหาได้ง่าย  |  |  |  |
|  4.1.2 มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย มีรายการดังต่อไปนี้ |  |  |  |
|  1) ชื่อ นามสกุล อายุ ของผู้ป่วย |  |  |  |
|  2) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย |  |  |  |
|  3) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ |  |  |  |
|  4.1.3 มีเวชระเบียน หรือ บัตรผู้ป่วย ที่สามารถ บันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด 1) ชื่อและที่อยู่สถานพยาบาล |  |  |  |
|  2) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย |  |  |  |
|  3) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ |  |  |  |
|  4) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของผู้ป่วย เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เป็นต้น |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  5) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติชันสูตรของผู้ป่วย |  |  |  |
|  6) การวินิจฉัยโรค |  |  |  |
|  7) การรักษา |  |  |  |
|  8) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การรักษาพยาบาล |  |  |  |
|  4.2 เครื่องมือหรืออุปกรณ์ ในห้องตรวจโรคทุกห้องต้องประกอบด้วย 4.2.1 โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้ |  |  |  |
|  4.2.2 เตียงตรวจโรคผู้ป่วยกายอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์  |  |  |  |
|  1) มีขนาดที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ พื้นแข็งสามารถช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ได้ตามหลักวิชาชีพ |  |  |  |
|  2) ต้องมีบันไดขึ้นเตียง (Step) หากเตียงนั้นมีความสูง  |  |  |  |
| 3) มีปลอกหมอน ผ้าปูเตียง และผ้าคลุมตัวผู้ป่วย  |  |  |  |
|  4.2.3 ตู้เก็บอุปกรณ์เครื่องมือที่เป็นสัดส่วน |  |  |  |
|  4.2.4 ชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้น |  |  |  |
|  4.2.5 ชุดทำแผลอย่างน้อย 10 ชุด |  |  |  |
|  4.2.6 ผ้ายืด หรือ อีลาสติคแบนเดจ ขนาด 4 นิ้ว และ 6 นิ้ว จำนวนอย่างน้อย 10 ม้วน  |  |  |  |
|  4.2.7 เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการตรวจประเมินเพื่อทำกายอุปกรณ์ |  |  |  |
|  4.2.8 เครื่องตรวจประเมินการกระจายน้ำหนักของเท้า |  |  |  |
|  4.2.9 โกนิโอมิเตอร์ (อุปกรณ์วัดองศา) |  |  |  |
|  4.2.10 สายวัดความยาว |  |  |  |
|  4.2.11 เครื่องวัดความดันโลหิต |  |  |  |
|  4.2.12 เครื่องชั่งน้ำหนัก |  |  |  |
|  4.2.13 เฝือกปูนหรือเฝือกวิทยาศาสตร์ ที่ใช้สำหรับหล่อแบบ อย่างน้อย 20 ม้วน |  |  |  |
|  4.2.14 กรรไกรตัดเฝือก |  |  |  |
|  4.2.15 แบบฟอร์มการวัดขนาดเพื่อทำกายอุปกรณ์ |  |  |  |
|  4.2.16 ราวโลหะขนาน ฝึกเดินความยาวไม่น้อยกว่า 3 เมตร |  |  |  |
|  4.2.17 กระจกเงาขนาดกว้าง x ยาว อย่างน้อย 50 X 150 เซนติเมตร |  |  |  |
|  4.2.18 อุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัย เช่น ถุงมือยาง หน้ากากอนามัย |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  4.2.19 อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ สบู่ และผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษ เช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง |  |  |  |
|  4.3 เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการสำหรับปรับแก้ไขอุปกรณ์ ต้องมีพื้นเรียบไม่เก็บฝุ่น แยกออกจากห้องตรวจอย่างชัดเจน จะต้องมี 4.3.1 โต๊ะปฏิบัติงานพร้อมเก้าอี้ |  |  |  |
|  4.3.2 อุปกรณ์พื้นฐานสำหรับปรับแก้ไขอุปกรณ์ เช่น ชุดไขควง ค้อน ตะไบ ชุดประแจหกเหลี่ยม ค้อน ตะไบ เครื่องตัดโลหะ |  |  |  |
|  4.3.3 ปืนทำความร้อน |  |  |  |
|  4.3.4 สว่านไฟฟ้า |  |  |  |
|  4.3.5 เครื่องขัด เครื่องกัด เพื่อขัด ตัด แต่ง ชิ้นงานด้านกายอุปกรณ์ |  |  |  |
|  4.3.6 เครื่องดูดฝุ่น |  |  |  |
|  4.3.7 ปากกาจับชิ้นงาน |  |  |  |
|  4.3.8 อุปกรณ์สำหรับดัดโลหะ |  |  |  |
|  4.3.9 เครื่องตัดเฝือก |  |  |  |
|  4.3.10 ตู้เก็บเครื่องมือ |  |  |  |
|  4.3.11 ลูกดิ่งหรืออุปกรณ์สำหรับจัดแนว |  |  |  |
|  4.3.12 ตู้เย็นเก็บสารเคมี พร้อมป้ายระบุชัดเจน |  |  |  |
|  4.3.13 อุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัยจากการใช้เครื่อง เช่น แว่นตาป้องกันฝุ่น อุปกรณ์ป้องกันเสียง หน้ากากอนามัย |  |  |  |
|  4.3.14 อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ สบู่ และผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษ เช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง |  |  |  |
|  4.4 เครื่องมือในห้องปฏิบัติการผลิตกายอุปกรณ์ (หากมีบริการ) |  |  |  |
|  4.4.1 มีสถานที่และห้องปฏิบัติการผลิตที่มีระบบการป้องกันเสียงจากเครื่องจักร เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม |  |  |  |
|  4.4.2 เครื่องดูดอากาศ เพื่อกำจัดกลิ่นจากสารเคมี |  |  |  |
|  4.4.3 เครื่องกำจัดฝุ่น  |  |  |  |
|  4.4.4 เครื่องขึ้นรูปอุปกรณ์  |  |  |  |
|  4.4.5 เครื่องขัด เครื่องกัด เพื่อขัด ตัด แต่ง ชิ้นงานด้านกายอุปกรณ์ |  |  |  |
|  4.4.6 ตู้อบความร้อน |  |  |  |
|  4.4.7 โต๊ะปฏิบัติงาน พร้อมเก้าอี้  |  |  |  |
|  4.4.8 อุปกรณ์พื้นฐานสำหรับปรับแก้ไขอุปกรณ์ เช่น ชุดไขควง ชุดประแจหกเหลี่ยมค้อน ตะไบ เครื่องตัดโลหะ |  |  |  |
| **รายการตรวจ** | **ผลการตรวจ** | **หมายเหตุ** |
| **ถูกต้อง** | **ไม่ถูกต้อง** |
|  4.4.9 สว่านไฟฟ้า |  |  |  |
|  4.4.10 ปากกาจับชิ้นงาน |  |  |  |
|  4.4.11 อุปกรณ์สำหรับดัดโลหะ |  |  |  |
|  4.4.12 เครื่องตัดเฝือก |  |  |  |
|  4.4.13 ตู้เก็บเครื่องมือ |  |  |  |
|  4.4.14 ลูกดิ่งหรืออุปกรณ์สำหรับจัดแนว |  |  |  |
|  4.4.15 ตู้สำหรับเก็บสารเคมี พร้อมป้ายระบุชัดเจน |  |  |  |
|  4.4.16 อุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัยจากการใช้เครื่อง เช่น แว่นตาป้องกันฝุ่น อุปกรณ์ป้องกันเสียง หน้ากากอนามัย  |  |  |  |
|  4.4.17 อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ สบู่ และผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง  |  |  |  |
|  4.5 กรณีมีการส่งทำกายอุปกรณ์ไปยังที่อื่น ให้ระบุชื่อหน่วยผลิต ซึ่งต้องมีเครื่องมือตามที่ระบุในข้อ 4.2.3 และมีหลักฐานการได้รับอนุญาตจากผู้ดำเนินการสถานพยาบาล |  |  |  |
|  **5. การช่วยชีวิตฉุกเฉิน ประกอบด้วย** |  |  |  |
|  5.1 ถุงบีบลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจตามกฎกระทรวง  |  |  |  |
|  5.2 แผนการและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน พร้อมเบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลที่จะส่งต่อไว้ในที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน |  |  |  |

ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่………………………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………..

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………..

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….

ลงชื่อ ……………………………… พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ ……………………………… พนักงานเจ้าหน้าที่

 (…………………………………………..) (………………………..………………..)

ลงชื่อ ……………………………… พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ ……………………………… พนักงานเจ้าหน้าที่

 (…………………………………………..) (………………………..………………..)

 ***ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลนี้แล้วและจะปฏิบัติตามคำแนะนำของพนักงานเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่ได้ทำการละเมิด ข่มขู่ หรือทำให้ทรัพย์สินของสถานพยาบาลหรือบุคคลในสถานพยาบาลเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด***

 ลงชื่อ ………………………………………………….…………....... ผู้ขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

 (………………………………………………….………..)

ลงชื่อ ………………………………………………….…………...... ผู้ขออนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

 (………………………………………………….………..)

ลงชื่อ ………………………………………………….…………...... ผู้ปฏิบัติงานสถานพยาบาล

 (………………………………………………….………..)

 วัน…………....เดือน…………..…..……..พ.ศ..…………....