

**บันทึกการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทคลินิก  
การประกอบโรคศิลปะสาขาย่อยอุปกรณ์**

- ☐ ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต  
☐ 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**

- |   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ  | <input type="checkbox"/> อาคารอยู่อาศัย                             | <input type="checkbox"/> ห้องแถว |
| <input type="checkbox"/> ตึกแถว                   | <input type="checkbox"/> บ้านแถว                                    | <input type="checkbox"/> บ้านแฝด |
| <input type="checkbox"/> ศูนย์การค้า              | <input type="checkbox"/> อาคารพาณิชย์.....ชั้น ตั้งอยู่ชั้นที่..... |                                  |
| <input type="checkbox"/> คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย | <input type="checkbox"/> คอนโดมิเนียมสำนักงาน                       |                                  |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....             |   |                                  |

**๔. พื้นที่ให้บริการประกอบดังนี้**

ชั้น ๑ .....

.....

ชั้น ๒ .....

.....

ชั้น ๓

ชั้น ๔

ชั้น ๕

#### ๕. เครื่องมือพิเศษ ได้แก่

๑)

๒)

๓)

๔)

๕)

☐ ๕.๑ แบบสำเนาใบอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

#### ๖. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

### ส่วนที่ ๒ การตรวจลักษณะสถานพยาบาล

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ใช้เครื่องหมาย ✓ เมื่อถูกต้อง และเครื่องหมาย ✕ เมื่อไม่จัดให้มีหรือไม่ถูกต้อง ในกรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้นๆ ให้ทำเครื่องหมาย - ใน ช่อง ☐

#### ๑. ลักษณะโดยทั่วไปของสถานพยาบาล

☐ ๑.๑ ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

☐ ๑.๒ อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดหรือเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย

☐ ๑.๓ บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย

☐ ๑.๓.๑ มีพื้นที่ให้บริการโดยรวมไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตารางเมตร โดยส่วนแคบที่สุดต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๓.๐๐ เมตร พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้

☐ ๑.๓.๒ มีส่วนพักคอยตรวจที่เหมาะสมอย่างน้อย ๕ ที่นั่ง และที่นั่งต้องมีพนักพิง

☐ ๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

☐ ๑.๔.๑ ขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า ๘๐ เซนติเมตร และผู้พิการสามารถเข้าออกได้อย่างสะดวก

☐ ๑.๔.๒ มีทางลาดเอียงสำหรับรถเข็นผู้ป่วย กรณีทางเข้าคลินิกมีความสูงไม่สะดวกแก่คนพิการหรือผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้รถเข็น

- ☐ ๑.๕ มีห้องตรวจหรือห้องให้การรักษเป็นสัดส่วนและมิดชิด
    - ☐ ๑.๕.๑ มีประตูเข้า – ออกคนละทาง
      - ☐ ๑) ต้องมีประตูเปิด-ปิดอย่างชัดเจน กันเป็นสัดส่วน
      - ☐ ๒) ภายในห้องต้องประกอบด้วยโต๊ะตรวจโรค ๑ ตัว เียงตรวจโรค ๑ เียงที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ สบู่เหลว และผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว
    - ☐ ๑.๕.๒ ห้องให้การรักษาและการทำหัตถการตามประเภทให้บริการ ต้องเป็นสัดส่วนและมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ
    - ☐ ๑.๕.๓ ไม่มีวงจรปิดในห้องตรวจหรือห้องที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ
  - ☐ ๑.๖ มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้องกรณีสถานพยาบาลตั้งอยู่ในศูนย์การค้าอนุญาตให้ใช้ห้องส้วมรวมได้
  - ☐ 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 ติดเชื้อหรืออาจแสดงใบเสร็จรับเงินที่เป็นเดือนปัจจุบัน
    - ☐ 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 และสภาวิชาชีพไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน

□ ๒.๕ กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

□ ๒.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะ อยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น

□ ๒.๖.๑ แต่ละสาขาต้องมีอย่างน้อย 1 ห้องตรวจโรค ซึ่งต้องประกอบด้วย โต๊ะตรวจโรค 1 ตัว เตียงตรวจโรค 1 เตียงที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด-ปิด สบู่ และผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง

□ ๒.๖.๒ มีห้องตรวจหรือห้องให้บริการเป็นสัดส่วนและมิดชิด

**๓. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย**

□ ๓.๑ มีป้ายชื่อคลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขากายอุปกรณ์ ที่ถูกต้องอย่างน้อย ๑ ป้ายโดยมีลักษณะดังนี้คือ

□ ๓.๑.๑ ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสีเหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เซนติเมตร

□ ๓.๑.๒ แสดงประเภทและลักษณะถูกต้อง โดยต้องมีคำว่า “คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขากายอุปกรณ์” นำหน้าหรือต่อท้ายชื่อ

□ ๓.๑.๓ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๑๐ เซนติเมตร คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขากายอุปกรณ์ ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีน้ำตาล

□ ๓.๑.๔ เลขที่ใบอนุญาตขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า ๕ เซนติเมตร ใช้เป็น ตัวเลขอารบิก สีน้ำตาล

□ ๓.๒ ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก และเหมาะสม

□ ๓.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิด ในสาระสำคัญดังต่อไปนี้

□ ๓.๓.๑ คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขากายอุปกรณ์”

□ ๓.๓.๒ กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย

□ ๓.๓.๓ ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขากายอุปกรณ์

□ ๓.๓.๔ ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต

□ ๓.๓.๕ คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอ หรือ ในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีและผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิก (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 (คลินิกที่ยังไม่ได้รับอนุญาตให้เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ)

□ ๓.๗ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากายอุปกรณ์ ที่มีหนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ (แบบ ส.พ. ๖) ไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ คลินิก (กรณีคลินิกยังไม่ได้รับใบอนุญาตให้พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ) ดังต่อไปนี้

□ ๓.๗.๑ ให้จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อ และ ชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะพร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะ (ออกโดยผู้อนุญาต)

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

□ ๓.๗.๓ ติดแบบแสดงรูปถ่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ ในสถานพยาบาลบริเวณหน้าห้องที่ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะปฏิบัติงานเท่านั้น และต้องตรงกับผู้ประกอบโรคศิลปะที่ให้บริการ

□ ๓.๗.๔ แบบแสดงบนรูปถ่ายและรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีน้ำเงินและมีตรากระทรวงสาธารณสุขประทับบนรูปถ่าย ออกให้โดยผู้อนุญาต

□ ๓.๗.๕ หากมีผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของคลินิก (ตามหนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงาน) ให้ยื่นแบบ ส.พ.๖ ทุกคน

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

□ ๓.๘.๑ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตราการรักษาพยาบาล 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 แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย 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 การโฆษณาคุณวุฒิ หรือความสามารถของผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากายอุปกรณ์ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะสาขากายอุปกรณ์
  - ๓.๑๑.๓ การโฆษณาบริการ การประกอบโรคศิลปะสาขากายอุปกรณ์ให้แจ้งเฉพาะบริการที่มีในคลินิก วัน เวลา ที่ให้บริการตามที่ได้รับอนุญาต
  - ๓.๑๑.๔ การโฆษณาอัตราค่าบริการรักษาพยาบาล 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 ที่มีได้ผ่านการรับรองจากหน่วยงานของรัฐ 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 ทั้งนี้ต้องกำหนดวัน เวลา และสถานที่ให้บริการ และจะต้องแสดงรายละเอียดว่าให้บริการฟรีเรื่องใดให้ชัดเจน
    - ๓.๑๒.๗ ห้ามการโฆษณาที่จัดให้มีการแถมพิก แลกเปลี่ยน ให้สิทธิประโยชน์ รางวัลหรือสิ่งของ เว้นแต่สิทธิประโยชน์โดยตรงและมาตรฐานการรับบริการทางการแพทย์ต้องไม่ต่ำกว่ามาตรฐานทั่วไป และต้องระบุเงื่อนไขรายละเอียดของสิทธิประโยชน์ต่างๆ ให้ชัดเจน และต้องกำหนดวันเริ่มต้นและสิ้นสุดของระยะเวลาที่สิทธิประโยชน์นั้นๆ

☐ ๓.๑๒.๘ อื่นๆ.....

#### ๔. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล

##### ☐ ๔.๑ ข้อมูลทางทะเบียน

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

☐ ๔.๑.๒ มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วยสำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยอย่างน้อยต้องมีรายการต่อไปนี้

☐ ๑) ชื่อ นามสกุล อายุ ของผู้รับบริการ

☐ ๒) เลขที่ประจำตัวผู้รับบริการ

☐ ๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ ๔.๑.๓ มีเวชระเบียน ที่สามารถบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้มารับบริการดังต่อไปนี้

☐ ๑) ชื่อสถานพยาบาล และสถานที่ตั้ง

☐ ๒) เลขที่ประจำตัวผู้รับบริการ

☐ ๓) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ

☐ ๔) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้รับบริการ เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ และเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

☐ ๕) ประวัติการเจ็บป่วย การแพ้ยา และผลการตรวจร่างกายของผู้รับบริการ

☐ ๖) การวินิจฉัยโรค

☐ ๗) การให้บริการทางกายอุปกรณ์

☐ ๘) ลายมือชื่อผู้ประกอบโรคศิลปะที่ให้บริการ พร้อมแสดงเลขที่ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขากายอุปกรณ์ ทุกครั้งที่ให้บริการ

☐ ๔.๒ เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการตรวจประเมินเพื่อทำกายอุปกรณ์ เครื่องมือทางสาขากายอุปกรณ์ และอุปกรณ์อย่างอื่นตามประกาศตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดเครื่องมือเครื่องใช้ และเวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำคลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขากายอุปกรณ์ ให้มีเครื่องมือหรืออุปกรณ์อย่างน้อย ดังนี้

##### ☐ ๔.๒.๑ ห้องตรวจ

☐ ๑) เตียงตรวจผู้ป่วยกายอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์

☐ ๒) โต๊ะตรวจโรคพร้อมเก้าอี้

☐ ๓) เครื่องชั่งน้ำหนัก

☐ ๔) ตู้เก็บอุปกรณ์และเครื่องมือที่เป็นสัดส่วน

☐ ๕) ชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้น

☐ ๖) ชุดทำแผลอย่างน้อย ๑๐ ชุด

☐ ๗) ผ้ายืด หรือ อีลาสติคแบนด์ขนาด ๔ นิ้ว และ ๖ นิ้ว จำนวนอย่างน้อย ๑๐ ม้วน

☐ ๘) เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจประเมินเพื่อทำกายอุปกรณ์

☐ ๙) เครื่องตรวจประเมินการกระจายน้ำหนักของเท้า

- ☐ ๑๐) โคนิโอมิเตอร์ (อุปกรณ์วัดองศา )
- ☐ ๑๑) สายวัดความยาว
- ☐ ๑๒) เครื่องวัดความดันโลหิต
- ☐ ๑๓) เข็มกลัดหรือเข็มวิทยศาสตร์ ที่ใช้สำหรับหล่อแบบ อย่างน้อย ๒๐ ม้วน
- ☐ ๑๔) กรรไกรตัดเฟือง
- ☐ ๑๕) แบบฟอร์มการวัดขนาดเพื่อทำกายอุปกรณ์
- ☐ ๑๖) ราวโลหะขนาน ฝึกเดินความยาวไม่น้อยกว่า ๓ เมตร
- ☐ ๑๗) กระดาษขนาดกว้าง x ยาว อย่างน้อย ๕๐ x ๑๕๐ เซนติเมตร
- ☐ ๑๘) อุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัย เช่น ถุงมือยาง หน้ากากอนามัย
- ☐ ๑๙) อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ สบู่ และผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษ เช็ดมือที่ใช้ครั้ง

เดียวทั้ง

- ☐ ๔.๒.๒ ห้องปฏิบัติการสำหรับปรับแก้ไขอุปกรณ์ ต้องมีพื้นเรียบไม่เก็บฝุ่น แยกออกจากห้องตรวจ

อย่างชัดเจน

- ☐ ๑) โต๊ะปฏิบัติงาน พร้อมเก้าอี้
- ☐ ๒) อุปกรณ์พื้นฐานสำหรับปรับแก้ไขอุปกรณ์ เช่น ชุดไขควง ค้อน ตะไบ ชุดประแจหกเหลี่ยม

ค้อน ตะไบ เครื่องตัดโลหะ

- ☐ ๓) ปืนทำความร้อน
- ☐ ๔) ส่วนไฟฟ้า
- ☐ ๕) เครื่องขัด เครื่องกัด เพื่อขัด ตัด แต่ง ชิ้นงานด้านกายอุปกรณ์
- ☐ ๖) เครื่องดูดฝุ่น
- ☐ ๗) ปากกาจับชิ้นงาน
- ☐ ๘) อุปกรณ์สำหรับตัดโลหะ
- ☐ ๙) เครื่องตัดเฟือง
- ☐ ๑๐) ตู้เก็บเครื่องมือ
- ☐ ๑๑) ลูกดิ่งหรืออุปกรณ์สำหรับจัดแนว
- ☐ ๑๒) ตู้สำหรับเก็บสารเคมี พร้อมป้ายระบุชัดเจน
- ☐ ๑๓) อุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัยจากการใช้เครื่อง เช่น แวนตาป้องกันฝุ่น อุปกรณ์ป้องกัน

เสียง หน้ากากอนามัย

- ☐ ๑๔) อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ สบู่ และผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษ เช็ดมือที่ใช้ครั้ง

เดียวทั้ง

- ☐ ๔.๒.๓ ถ้ามี การบริการห้องปฏิบัติการผลิตกายอุปกรณ์ ต้องมีเครื่องมือดังนี้

- ☐ ๑) มีสถานที่และห้องปฏิบัติการผลิตที่มีระบบการป้องกันเสียงจากเครื่องจักร เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม

- ☐ ๒) เครื่องดูดอากาศ เพื่อกำจัดกลิ่นจากสารเคมี
- ☐ ๓) เครื่องกำจัดฝุ่น
- ☐ ๔) เครื่องขึ้นรูปอุปกรณ์
- ☐ ๕) เครื่องขัด เครื่องกัด เพื่อขัด ตัด แต่ง ชิ้นงานด้านกายอุปกรณ์
- ☐ ๖) ตู้อบความร้อน



□ ๗) โต๊ะปฏิบัติงาน พร้อมเก้าอี้

□ ๘) อุปกรณ์พื้นฐานสำหรับปรับแก้ไขอุปกรณ์ เช่น ชุดไขควง ชุดประแจหกเหลี่ยมค้อน ตะไบ เครื่องตัดโลหะ

□ ๙) ส่วนไฟฟ้า

□ ๑๐) ปากกาจับชิ้นงาน

□ ๑๑) อุปกรณ์สำหรับตัดโลหะ

□ ๑๒) เครื่องตัดเผือก

□ ๑๓) ตู้เก็บเครื่องมือ

□ ๑๔) ลูกดิ่งหรืออุปกรณ์สำหรับจัดแนว

□ ๑๕) ตู้สำหรับเก็บสารเคมี พร้อมป้ายระบุชัดเจน

□ ๑๖) อุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัยจากการใช้เครื่อง เช่น แว่นตาป้องกันฝุ่น อุปกรณ์ป้องกันเสียง หน้ากากอนามัย

□ ๑๗) อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ สบู่ และผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง

□ ๔.๒.๔ กรณีมีการส่งทำกายอุปกรณ์ไปยังที่อื่น ให้ระบุชื่อหน่วยผลิต ซึ่งต้องมีเครื่องมือตามที่ระบุในข้อ ๔.๒.๓ และมีหลักฐานการได้รับอนุญาตจากผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

□ ๔.๓ มีแผนการและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน พร้อมเบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลที่จะส่งต่อไว้ในที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนเมื่อเกิดภาวะสถานการณ์ฉุกเฉิน

□ ๔.๔ มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ ถังปั๊มลมพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ ตามกฎกระทรวง กำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ หมวดที่ ๑ เครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ข้อ ๓ (๕)

### ส่วนที่ ๓ ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิก

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

☐ อนุญาตมีเงื่อนไขโดยให้ปรับปรุง (โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสมของสภาพปัญหา แต่ทั้งนี้ไม่ควรเกิน ๓๐ วัน หรือตามความเห็นของคณะกรรมการสถานพยาบาล)

**คณะกรรมการสถานพยาบาล** หมายถึง คณะกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด (ในส่วนภูมิภาค) หรือ คณะกรรมการสถานพยาบาลประเภทที่มารับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ในเขตกรุงเทพมหานคร)

จากการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทคลินิก พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นต้องแก้ไข ปรับปรุง ก่อนการประชุมของคณะกรรมการสถานพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุญาต ได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่  
( )

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่  
( )

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่  
( )

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่  
( )

ข้าพเจ้าผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ได้รับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลประเภทคลินิกแล้ว และขอรับรองว่า พนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล เสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือ  
( ) ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล  
( )