

บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกทันตกรรมและทันตกรรมเฉพาะทาง (ตรวจประจำปี)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อคลินิก(ตามใบอนุญาต).....
2. ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่.....
3. ชื่อผู้ประกอบการ.....
4. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
5. ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....
6. วันเวลาเปิดทำการ.....
7. ชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่พบ.....
เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....
8. มีหน่วยทำฟัน (ยูนิตทำฟัน) ทั้งหมด มีจำนวน.....ตัว
9. จำนวนทันตแพทย์
 - 9.1 ทันตแพทย์ทั้งหมด.....คน
 - 9.2 ทันตแพทย์ประจำ.....คน
 - 9.3 ทันตแพทย์อยู่ปฏิบัติงาน ณ เวลาที่ไปตรวจ.....คน
10. จำนวนผู้ช่วยช่างยูนิตทำฟัน.....คน
11. มีเครื่องเอกซเรย์ฟัน จำนวน.....เครื่อง
12. มีเครื่อง Autoclave จำนวน.....เครื่อง

ส่วนที่ 2 การตรวจลักษณะคลินิก

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องผลการตรวจ “ถูกต้อง” เมื่อตรวจพบว่าจัดให้มีถูกต้อง และให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ไม่ถูกต้อง” เมื่อตรวจพบว่าไม่จัดให้มีหรือจัดให้มีไม่ถูกต้อง และหากพบว่าอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการหรือผู้รับบริการให้บันทึกในช่องข้อเสนอแนะให้ปรับปรุง โดยกำหนดเวลาตามความเหมาะสม

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูก ต้อง	ไม่ ถูกต้อง	
1. ลักษณะสถานพยาบาล 1.1 ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 1.2 อาคารต้องมั่นคงแข็งแรง ไม่อยู่ในสภาพชำรุดและเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย 1.3 บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดแบ่ง			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
<p>พื้นที่ใช้สอยเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย</p> <p>1.4 การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำโดยสะดวก</p> <p>1.5 มีห้องตรวจหรือห้องให้การรักษเป็นสัดส่วนและมิดชิด</p> <p>1.6 มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง</p> <p>1.7 มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ</p> <p>1.8 มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม</p> <p>1.9 มีระบบการควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม</p> <p>1.10 กรณีบริการเอกซเรย์ การบริการจะต้องได้มาตรฐาน และได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามกฎหมายหรือหน่วยงานอื่นที่ได้รับมอบหมาย</p> <p>1.11 มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพนั้น</p> <p>1.12 ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี</p> <p>1.13 พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อถึงกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกันกับการประกอบอาชีพอื่น</p> <p>1.14 พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และสภาอากาศไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน</p> <p>1.15 กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจนและกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก</p> <p>1.16 กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น</p>			
<p>2. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย</p> <p>2.1 คำนำหน้าชื่อหรือต่อท้ายชื่อสถานพยาบาลต้องประกอบด้วยลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาลที่ขอ</p>			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
<p>อนุญาต</p> <p>2.2 ชื่อสถานพยาบาลจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวนหรือโอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล</p> <p>2.3 ชื่อสถานพยาบาลที่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์จะกระทำมิได้เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาตหรือพระราชานุญาต</p> <p>2.4 สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่ตั้งอยู่ในอำเภอหรือในเขตเดียวกันจะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีและผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลใหม่และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลเดิมเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกันหรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลเดิมให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษรหรือหมายเลขเรียงลำดับหรือที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อ</p> <p>2.5 ผู้รับอนุญาตต้องแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตในที่เปิดเผย ณ สถานพยาบาลนั้นอย่างน้อยหนึ่งป้าย ดังต่อไปนี้</p> <p>2.5.1 ให้จัดทำเป็นแผ่นป้ายแสดงชื่อสถานพยาบาลเป็นตัวอักษรไทย กรณีใช้ภาษาต่างประเทศด้วยขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรไทย โดยระบุลักษณะของสถานพยาบาลไว้ในแผ่นป้ายดังกล่าวด้วย <u>ทั้งนี้กรณีที่สถานพยาบาลเฉพาะทางหรือเฉพาะประเภทผู้ป่วย ให้ระบุลักษณะเฉพาะดังกล่าวได้ด้วย</u></p> <p>2.5.2 แผ่นป้ายแสดงชื่อสถานพยาบาลต้องมีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า มีขนาดความกว้างไม่น้อยกว่าสี่สิบเซนติเมตร และความยาวไม่น้อยกว่าหนึ่งร้อยยี่สิบเซนติเมตร ตัวอักษรแสดงชื่อสถานพยาบาลมีความสูงไม่น้อยกว่าสิบเซนติเมตร และตัวอักษรแสดงลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลมีความสูงไม่น้อยกว่าห้าเซนติเมตร</p> <p>2.5.3 <u>ให้แสดงแผ่นป้ายแสดงชื่อสถานพยาบาลไว้ในบริเวณสถานพยาบาลหรือตัวอาคารสถานพยาบาลโดยสามารถมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก</u></p> <p>2.5.4 <u>เอกสารเวชระเบียน ของ หรือฉลากบรรจุยาหรือเวชภัณฑ์ต้องปรากฏชื่อสถานพยาบาลและสถานที่ติดต่อด้วย</u></p>			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
<p>2.5.5 <u>ให้ใช้พื้นแผ่นป้ายสีขาวและตัวอักษรในแผ่นป้ายแสดงชื่อให้ใช้สี</u></p> <p>(1) <u>คลินิกทันตกรรมให้ใช้ตัวอักษรสีม่วง</u></p> <p>(2) <u>คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรมให้ใช้ตัวอักษรสีม่วง</u></p> <p>(3) <u>สหคลินิกให้ใช้ตัวอักษรสีเขียวแก่</u></p> <p>2.6 <u>จัดให้มีแผ่นป้ายแสดงชื่อและชื่อสกุลของผู้ประกอบวิชาชีพและสาขาวิชาชีพ พร้อมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพให้อ่านได้ชัดเจนและให้แสดงรูปถ่ายที่ถ่ายไม่เกินหนึ่งปี มีขนาดความกว้างไม่น้อยกว่าแปดเซนติเมตรและความยาวไม่น้อยกว่าสิบสามเซนติเมตร โดยสีของพื้นแผ่นป้ายให้ใช้สีน้ำเงิน ตัวอักษรในแผ่นป้ายให้ใช้สีขาว และให้ติดแผ่นป้ายไว้ในบริเวณที่ผู้ป่วยมาติดต่อขอใช้บริการ</u></p> <p>2.7 <u>แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตราค่าบริการพยาบาล และค่าบริการที่สถานพยาบาลต้องแสดงตามมาตรา 33 วรรคหนึ่ง ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาต โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศแผ่นพับ เล่มหรือแฟ้ม เอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์แสดงให้ผู้พยาบาล และจัดทำแผ่นป้ายให้อ่านได้ชัดเจนด้วยตัวอักษรไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่าสิบเซนติเมตร แสดงให้ผู้พยาบาลว่าจะสอบถามอัตราค่าบริการพยาบาลและค่าบริการของสถานพยาบาลได้ที่ใด โดยแสดงไว้ในที่ที่เห็นได้ชัดเจน</u></p> <p>2.8 <u>แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาต โดยจัดทำแผ่นป้ายให้อ่านได้ชัดเจนด้วยตัวอักษรไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่าหนึ่งเซนติเมตร</u></p>			
<p>3. การประกอบกิจการและการดำเนินการสถานพยาบาล</p> <p>3.1 <u>สถานที่ตั้งคลินิกถูกต้องตรงตามใบอนุญาต</u></p> <p>3.2 <u>แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลในที่เปิดเผย</u></p> <p>3.3 <u>ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลต่ออายุทุก 2 ปี</u></p> <p>3.4 <u>แสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม (ส.พ.12) ไว้บริเวณทางเข้าสถานพยาบาล</u></p> <p>3.5 <u>มีสมุดทะเบียนสถานพยาบาลให้พนักงานเจ้าหน้าที่บันทึกการตรวจ</u></p> <p>3.6 <u>การประกอบกิจการตรงตามลักษณะที่ขออนุญาต</u></p> <p>3.7 <u>พบผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ดูแลคลินิก</u></p> <p>3.8 <u>มีผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามเวลาที่เปิด</u></p>			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
ดำเนินการ			
<p>4. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล</p> <p>4.1 ตู้หรือชั้นหรืออุปกรณ์เก็บเวชระเบียนที่มั่นคง ปลอดภัย และต้องจัดให้เป็นระเบียบสามารถค้นหาได้ง่าย หรือถ้าเป็นระบบคอมพิวเตอร์ต้องจัดให้มีระบบข้อมูลสำรองเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายซึ่งอาจจัดแยกเป็นแผนกเวชระเบียนโดยเฉพาะก็ได้</p> <p>4.2 ตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์อื่น</p> <p>4.3 เครื่องใช้ทั่วไปที่ใช้ในการตรวจรักษาและบริการ เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ที่นั่งพักรอของผู้ป่วย เติงตรวจโรค และอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ</p> <p>4.4 เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับควบคุมการติดเชื้อในกรณีที่ต้องใช้ เช่น เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการทำ ความสะอาด หม้อต้มหม้อนึ่ง หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ ตู้ที่มีดซิดสำหรับเก็บเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อแล้ว และมีเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน เช่น ภาชนะบรรจุมูลฝอยทั่วไป และภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>4.5 <u>อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อม หน้ากากครอบช่วยการหายใจ ยาและเวชภัณฑ์อื่นที่ใช้ในการรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินตามลักษณะของคลินิก</u></p> <p>4.6 คลินิกทันตกรรมต้องจัดให้มี</p> <p>4.6.1 <u>ยูนิททำฟัน ประกอบด้วยระบบให้แสงสว่าง ระบบเครื่องกรอฟัน ระบบดูดน้ำลาย ระบบน้ำบ้วนปาก และเก้าอี้คนไข้</u></p> <p>4.6.2 <u>เก้าอี้ทันตแพทย์ และเก้าอี้ผู้ช่วยทันตแพทย์</u></p> <p>4.6.3 <u>เครื่องเอกซเรย์ฟันที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์</u></p> <p>4.6.4 <u>หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ</u></p> <p>4.6.5 <u>ชุดตรวจฟัน อุดฟัน ถอนฟัน ชุดศัลยกรรมช่องปาก ชุดรักษาคลองรากฟัน ชุดรักษาโรคเหงือก ชุดทันตกรรมประดิษฐ์ เครื่องดูดหินน้ำลาย และเครื่องมืออุปกรณ์อื่นตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ</u></p> <p>4.7 <u>คลินิกเฉพาะทางต้องจัดให้มี</u></p> <p>4.7.1 <u>ชุดอุปกรณ์เช่นเดียวกับคลินิกลักษณะนั้น ๆ</u></p> <p>4.7.2 <u>เครื่องมือ อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์สำหรับบริการเฉพาะในสาขาที่ขออนุญาตให้บริการ</u></p> <p>4.8 สหคลินิกต้องจัดให้มีเครื่องมือ อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ครบถ้วนตามลักษณะของคลินิกที่ขออนุญาตให้บริการ</p>			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
<p>5. ว่าด้วยการจัดให้มีรายงาน หลักฐานเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลและผู้ป่วย และเอกสารอื่นที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล</p> <p>5.1 <u>ต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานตลอดเวลาที่เปิดทำการตามรายชื่อในหนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในคลินิกของผู้รับอนุญาตตามแบบที่ผู้อนุญาตกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาจำนวนอย่างน้อยหนึ่งคน</u></p> <p>5.2 <u>สหคลินิกต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพทุกวิชาชีพตามที่ได้รับอนุญาต</u></p>			

สรุปผลการตรวจและข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลเรียบร้อยแล้ว และไม่ได้ทำให้
ทรัพย์สินของสถานพยาบาลเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด

ลงชื่อ.....ผู้ประกอบกิจการ/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
(.....) / หรือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ
วันที่.....