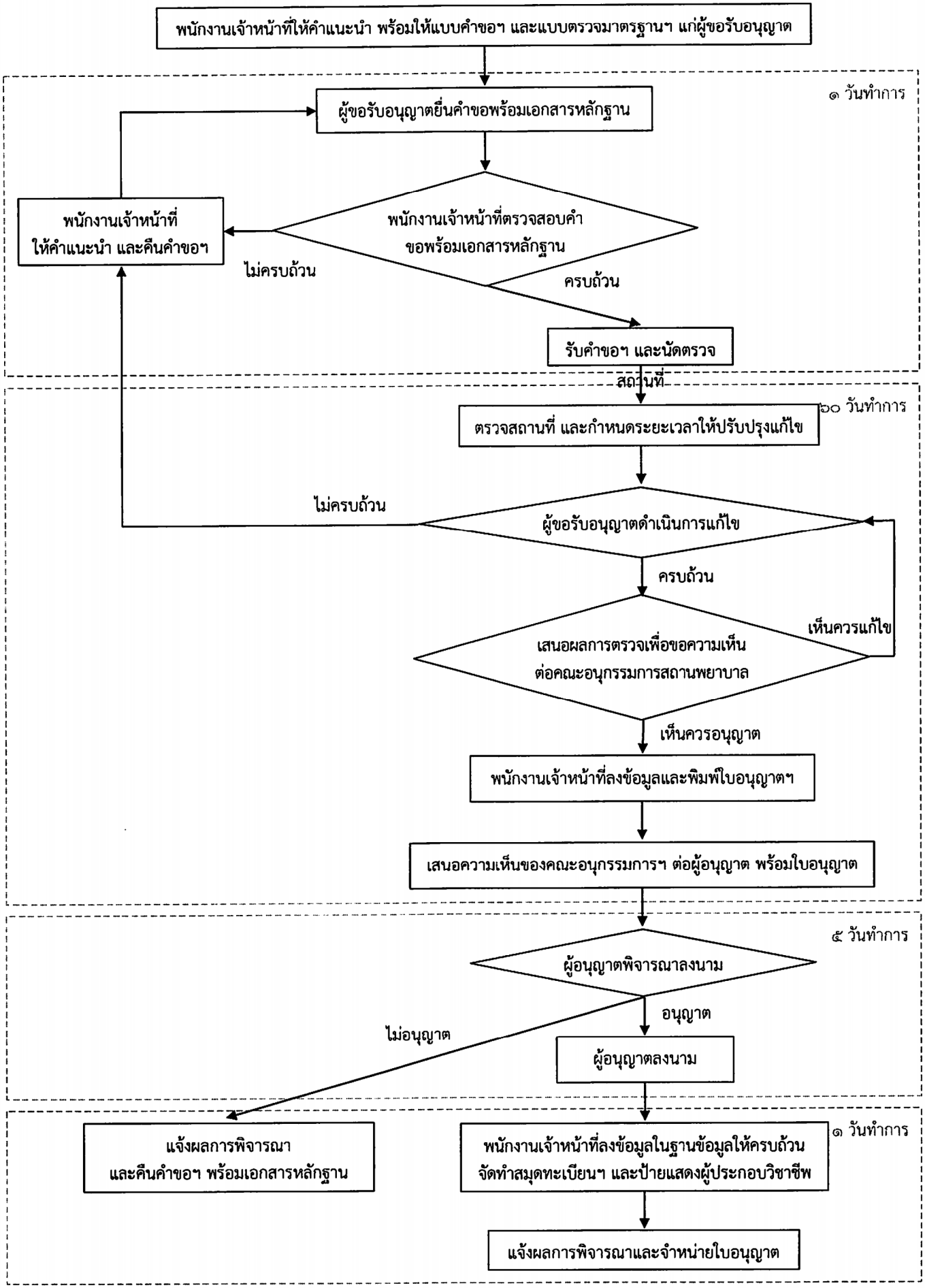
แผนผังแสดงการดำเนินการตามคู่มือสำหรับประชาชนกระบวนงานการขออนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร



รายละเอียดแผนผังแสดงการดำเนินการตามคู่มือสำหรับประชาชนกระบวนงานการขออนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก กลุ่มงานคบส.สสจ.พิจิตร

๑. **การให้คำแนะนำ**

พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำพร้อมแบบคำขอจัดตั้งสถานพยาบาล การประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลแก่ประชาชนที่มีความประสงค์จัดตั้งสถานพยาบาล การประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ผู้ขอรับอนุญาต)

๒. **การตรวจสอบเอกสาร (ไม่เกิน ๑ วันทำการ)**

๑. ผู้ขอรับอนุญาตยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

๒. พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานตามที่ระบุไว้ในคู่มือสำหรับประชาชน

๓. กรณีที่เอกสารถูกต้องครบถ้วนพนักงานเจ้าหน้าที่รับคำขอและตกลงนัดหมายวันเพื่อตรวจสถานที่ (กรณีที่เอกสารไม่ครบถ้วน พนักงานเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำและคืนคำขอแก่ผู้ขอรับอนุญาต)

๓. **การพิจารณา (ไม่เกิน ๖๐ วันทำการ)**

๑. พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสถานที่และให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง โดยกำหนดวันแก้ไขตามสมควรหรือไม่เกิน ๓๐ วันทำการ

๒. ผู้ขออนุญาตส่งเอกสารหลักฐานการแก้ไขข้อบกพร่องให้แก่พนักงานเจ้าหน้าที่

๓. พนักงานเจ้าหน้าที่รายงานสรุปผลการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลเสนอต่อคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัดเพื่อเสนอความเห็น คำแนะนำ คำปรึกษา ต่อผู้อนุญาตในการพิจารณาอนุญาตต่อไป

๔. พนักงานเจ้าหน้าที่ลงข้อมูลในเว็บไซต์สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อพิมพ์ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

๕. เสนอความเห็น คำแนะนำ คำปรึกษาของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัดต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร (ผู้อนุญาต) พร้อมใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลเพื่อพิจารณา

๔. **การลงนาม (ไม่เกิน ๕ วันทำการ)**

๑. ผู้อนุญาตลงนามการพิจารณาอนุญาตในใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

๕. **การแจ้งผลการพิจารณา (ไม่เกิน ๑ วันทำการ)**

๑. พนักงานเจ้าหน้าที่ลงข้อมูลผลการพิจารณาอนุญาตในเว็บไซต์สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๒. พนักงานเจ้าหน้าที่จัดทำสมุดทะเบียน, ป้ายแสดงผู้ประกอบวิชาชีพ ให้เสร็จเรียบร้อย

๓. แจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ขออนุญาต

๔. จำหน่ายใบอนุญาต

๕. กรณีผู้อนุญาตลงนามไม่อนุญาต พนักงานเจ้าหน้าที่ทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณา คืนคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน

<u>หมายเหตุ</u>

การนับระยะเวลาในการดำเนินการตามคู่มือสำหรับประชาชน เริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่พนักงานเจ้าหน้าที่รับคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานที่ครบถ้วนแล้ว จนถึงการแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ขออนุญาตทราบ ทั้งนี้ไม่นับระยะเวลาระหว่างรอตรวจสถานที่ (ตรวจมาตรฐาน)

ใบควบคุมกระบวนการ

กระบวนงานการขออนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการคลินิก

ระยะเวลาดำเนินการไม่เกิน 67 วันทำการ

ชื่อผู้ขออนุญาตประกอบกิจการ.....

ชื่อผู้ขออนุญาตดำเนินการ.....

ชื่อสถานที่.....ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....พิจิตร.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขั้นตอนที่ 1 รับคำขอและนัดตรวจสถานที่ (ไม่เกิน 1 วันทำการ) ระยะเวลาดำเนินการ.....วันทำการ

ขั้นตอนที่ 1.1 ตรวจสอบเอกสาร

☐ ครบถ้วน รับคำขอแล้ว เลขที่รับ..... ☐ ไม่ครบถ้วน (ให้คำแนะนำและคืนคำขอ)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ ลงชื่อ .....ผู้ประกอบการ

วันที่..... วันที่.....

ขั้นตอนที่ 1.2 นัดตรวจสถานที่

หัวหน้ากลุ่มงานมอบหมายให้

ผู้รับผิดชอบ1.....ผู้รับผิดชอบ2.....

กำหนดตรวจวันที่..... เวลา.....

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงาน

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสถานที่ แก้ไข และขอความเห็น (ไม่เกิน 60 วันทำการ) ระยะเวลาดำเนินการ.....วันทำการ

ขั้นตอนที่ 2.1 ตรวจสถานที่

☐ ไม่ผ่าน ☐ ผ่าน ☐ ผ่านอย่างมีเงื่อนไข กำหนดให้ปรับปรุงแก้ไขแล้วเสร็จภายในวันที่ .....

ขั้นตอนที่ 2.2 ความเห็นของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด

ประชุมอนุกรรมการสถานพยาบาลครั้งที่..... วันที่.....

มติที่ประชุม ☐ เห็นควรไม่อนุญาต ☐ เห็นควรอนุญาต ☐ เห็นควรอนุญาตอย่างมีเงื่อนไข.....

ขั้นตอนที่ 2.3 พนักงานเจ้าหน้าที่ลงข้อมูลและพิมพ์ใบอนุญาตฯ

ลงข้อมูลและพิมพ์ใบอนุญาตวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ลงข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2.4 เสนอความเห็นของคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัดต่อผู้อนุญาต

เสนอความเห็นฯ วันที่.....

ขั้นตอนที่ 3 ผู้อนุญาตพิจารณาลงนาม (ไม่เกิน 5 วันทำการ) ระยะเวลาดำเนินการ.....วันทำการ

☐ ไม่อนุญาต ☐ อนุญาต

ลงวันที่.....

ขั้นตอนที่ 4 ลงข้อมูลและแจ้งผลการพิจารณา (ไม่เกิน 1 วันทำการ) ระยะเวลาดำเนินการ.....วันทำการ

ขั้นตอนที่ 4.1 ลงข้อมูลและจัดทำเอกสารให้ครบถ้วน

☐ สพรศ. ☐ ฐานข้อมูล ☐ ใบอนุญาตและเอกสารอื่น

ขั้นตอนที่ 4.2 แจ้งผลการพิจารณา

แจ้งผลการพิจารณาทาง ☐ โทรศัพท์ ☐ จดหมายลงทะเบียนตอบรับ เลขที่.....

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งผล วันที่.....

ขั้นตอนที่ 5 ผู้ขออนุญาตรับใบอนุญาตและชำระค่าธรรมเนียม

รับใบอนุญาตและเอกสารวันที่.....

ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาต

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเอกสาร

กรณีไม่อนุญาต

☐ รับคำขอฯ และเอกสารหลักฐานคืนวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเอกสาร

ขั้นตอนที่ 6 สรุปผลการดำเนินการ (ไม่เกิน 67 วันทำการ) ระยะเวลาดำเนินการ.....วันทำการ

เอกสารประกอบการยื่นคำขออนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาล (คลินิก)

1. **ผู้ขอรับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล ต้องยื่นเอกสารหลักฐาน ดังนี้**
   - 1.1 หนังสือคำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.1)
   - 1.2 แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.2)
   - 1.3 คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.5)
   - 1.4 แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง
   - 1.5 แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล
   - 1.6 สำเนาเอกสารสิทธิ์ในสถานพยาบาล (สัญญาเช่า,โฉนดที่ดิน,หนังสือรับรอง ฯลฯ) และหลักฐานประกอบ เช่น สำเนาบัตรประชาชนของผู้ครอบครอง
   - 1.7 สำเนาทะเบียนบ้านที่ตั้งสถานพยาบาล
   - 1.8 คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
   - 1.9 สำเนาทะเบียนบ้าน
   - 1.10 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
   - 1.11 ใบรับรองแพทย์
   - 1.12 สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้อำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
   - 1.13 อื่น ๆ (ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ทะเบียนสมรส)
2. **ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ต้องยื่นเอกสารหลักฐาน ดังนี้**
   - 2.1 คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.18)
   - 2.2 เอกสารของผู้ดำเนินการ ตามข้อ 1.8-1.10
   - 2.3 หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.6)
   - 2.4 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ / ใบประกอบโรคศิลปะ
   - 2.5 สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือหนังสือรับรอง
   - 2.6 รูปถ่ายขนาด 8 x 13 ซม จำนวน 1 รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี)
   - 2.7 รูปถ่ายขนาด 2.5 x 3 ซม จำนวน 2 รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี)
   - 2.8 อื่น ๆ (ใบเปลี่ยนชื่อ,สกุล,ทะเบียนสมรส)
3. **ผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องยื่นเอกสารหลักฐาน ดังนี้**
   - 3.1 หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาล (แบบ ส.พ. 6)
   - 3.2 เอกสารของผู้ประกอบวิชาชีพ ตามข้อ 1.8 – 1.10 หรือ 2.4 – 2.6
   - 3.3 รูปถ่ายขนาด 2.5 x 3 ซม จำนวน 2 รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี)
   - 3.4 อื่น ๆ (ใบเปลี่ยนชื่อ,สกุล,ทะเบียนสมรส)

หมายเหตุ : 1. ถ้าบุคคลตามข้อ 1,2,3 เป็นบุคคลเดียวกันให้ใช้เอกสารหลักฐานที่ซ้ำกันเพียง 1 ชุด
2. เอกสารทุกชนิดต้องรับรองสำเนาถูกต้อง
3. กรอกแบบฟอร์มทุกอย่างที่ได้รับ พร้อมแนบเอกสารให้ครบถ้วน ก่อนนำมายื่นที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรในเวลาราชการ

ท่านสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
โทรศัพท์ 0 5699 0354 ต่อ 138,147 E - mail : fdapv@fda.moph.go.th

แบบ ส.พ. ๑

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

คำขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

เขียนที่ .....
.....
.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ ๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

☐ คลินิกเวชกรรม

☐ คลินิกทันตกรรม

☐ คลินิกเฉพาะทาง ☐ ด้านเวชกรรม ☐ ด้านทันตกรรม ☐ ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกกายภาพบำบัด

☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์

☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทยประยุกต์

☐ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ ☐ กิจกรรมบำบัด ☐ การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย

☐ เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ☐ รังสีเทคนิค ☐ จิตวิทยาคลินิก ☐ กายอุปกรณ์

☐ การแพทย์แผนจีน ☐ อื่นๆ

☐ สหคลินิก ประกอบด้วย .....

.....

☐ ๒.๒ ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดย .....

.....

.....

๓. ณ สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต .....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำ ขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยจำ นวน ..... ฉบับ คือ

แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล
สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต
สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล
ใบรับรองแพทย์
แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง
สำเนาบัตรประจำตัว
สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล
อื่น ๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบ ส.พ. ๒

แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๑.ลักษณะสถานพยาบาลเป็น

☐ คลินิกเวชกรรม

☐ คลินิกทันตกรรม

☐ คลินิกเฉพาะทาง ☐ ด้านเวชกรรม ☐ ด้านทันตกรรม ☐ ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกกายภาพบำบัด

☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์

☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทยประยุกต์

☐ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ ☐ กิจกรรมบำบัด ☐ การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย

☐ เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ☐ รังสีเทคนิค ☐ จิตวิทยาคลินิก ☐ กายอุปกรณ์

☐ การแพทย์แผนจีน ☐ อื่น ๆ

☐ สหคลินิก ประกอบด้วย .....

.....

๒. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม .....

.....

๓. ลักษณะอาคารซึ่งใช้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล

☐ เป็นอาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ ☐ เป็นอาคารอยู่อาศัย ☐ เป็นห้องแถว ☐ เป็นตึกแถว

☐ เป็นบ้านแถว ☐ เป็นบ้านแฝด ☐ เป็นอาคารพาณิชย์ ☐ ตั้งอยู่ในศูนย์การค้า

☐ อื่น ๆ ..... มี.....คูหา.....ชั้น

๔. พื้นที่.....ตารางเมตร กว้าง.....เมตร ยาว.....เมตร สูง.....เมตร

๕. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพ.....คน

๖. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

๗. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ..... วันนับแต่วันยื่นแบบ ส.พ.๑

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

อนุมัติ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้อนุญาต

วันที่.....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบ ส.พ. ๕

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

☐ ๒.๑ สถานพยาบาลมีลักษณะเป็น

☐ คลินิกเวชกรรม

☐ คลินิกทันตกรรม

☐ คลินิกเฉพาะทาง ☐ ด้านเวชกรรม ☐ ด้านทันตกรรม ☐ ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ คลินิกกายภาพบำบัด

☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์

☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทย ☐ การแพทย์แผนไทยประยุกต์

☐ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ ☐ กิจกรรมบำบัด ☐ การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย

☐ เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ☐ รังสีเทคนิค ☐ จิตวิทยาคลินิก ☐ กายอุปกรณ์

☐ การแพทย์แผนจีน ☐ อื่นๆ

☐ สหคลินิก ประกอบด้วย .....

.....

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

☐ ห้องเอกซเรย์ ☐ ห้องไตเทียม ☐ ห้องผ่าตัด ☐ ห้องฝังเข็ม

☐ อื่นๆ .....

๒.๒ ลักษณะของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง

☐ โรงพยาบาลทั่วไป ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลเฉพาะทาง .....☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลทันตกรรม ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลกายภาพบำบัด ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

☐ โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย ☐ ขนาดเล็ก ☐ ขนาดกลาง ☐ ขนาดใหญ่

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

☐ อายุรกรรม	☐ ศัลยกรรม	☐ สูตินรีเวชกรรม	☐ กุมารเวชกรรม
☐ แผนกเทคนิคการแพทย์	☐ แผนกออร์โธปิดิกส์	☐ แผนกโรคผิวหนัง	☐ แผนกการผสมเทียม
☐ แผนกกายภาพบำบัด	☐ แผนกการแพทย์แผนไทย	☐ แผนกโภชนาการ	☐ แผนกซักฟอก
☐ หอผู้ป่วยหนัก	☐ ห้องตรวจภายในและขูดมดลูก	☐ ห้องผ่าตัดเล็ก	☐ ห้องให้การรักษา
☐ ห้องทารกหลังคลอด	☐ การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ	☐ ห้องไตเทียม	☐ ห้องทันตกรรม
☐ รังสีวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์	☐ การผ่าตัดเปิดหัวใจ	☐ การสวนหัวใจ	☐ รังสีบำบัด
☐ การตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า		☐ การสลายนิ่วด้วยเครื่องมือ	☐ ห้องเก็บศพ

☐ แผนกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ☐ แผนกการนวด ☐ แผนกการแพทย์แผนจีน ☐ อื่น ๆ .....

๓.วัน/เวลาที่ขออนุญาตประกอบกิจการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ) .....

.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงมาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

สำเนาบัตรประจำตัว

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖ พร้อมสำเนา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัว ของผู้ประกอบวิชาชีพ

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้อนุญาต

สำเนาทะเบียนบ้านของที่ตั้งสถานพยาบาล

ใบรับรองแพทย์

สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล

สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ (ถ้ามี)

หนังสืออนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล

สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)

แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง

เอกสารแสดงลักษณะของสถานพยาบาล โดยมีรายการ ดังต่อไปนี้

(ก) แบบผังหลักของพื้นที่ที่ตั้งอาคารสถานพยาบาล

(ข) แบบแสดงภาพอาคารภายนอกสถานพยาบาลอย่างน้อยด้านหน้าและด้านข้าง

(ค) แบบแสดงการแบ่งพื้นที่ใช้สอยพร้อมระบุชื่อให้แสดงทุกชั้น ทุกอาคาร

(ง) ผังแสดงการติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สำคัญในแต่ละส่วนอาคาร

(จ) ผังการสัญจรของผู้ใช้สอยแต่ละประเภทในอาคาร

(ฉ) เส้นทางหนีไฟและอุปกรณ์ดับเพลิงภายในอาคาร

(ช) ระบบการระบายน้ำและบำบัดน้ำเสีย

กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องมีเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

(ก) แบบแปลนสถานพยาบาลพร้อมแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ

(ข) ใบอนุญาตก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือ รื้อถอนอาคาร

(ค) หนังสือแสดงความเห็นชอบรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม

อื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
2. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
3. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
4. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบ ส.พ. ๖

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน
ในสถานพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพ

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

อายุ ..... ปี ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะสาขา.....

เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้วันที่ .....

ได้รับ ☐ หนังสืออนุมัติ ☐ วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ..... ออกให้วันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ .....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ปัจจุบันข้าพเจ้า

☐ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

☐ รับราชการ หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล หรือทำงานประจำอยู่ที่ (ระบุสถานที่ วัน เวลาทำการ) .....

.....

.....

.....

☐ ไม่เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชนแห่งใดมาก่อน

☐ เคยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานพยาบาล.....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... มาก่อน แต่ได้เลิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ณ สถานพยาบาลดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล .....

โดยปฏิบัติงานตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้ .....

.....

.....

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ ☐ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากสภาวิชาชีพ

☐ รูปถ่ายขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี จำนวน ๑ รูป

☐ อื่น ๆ .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้แสดงความจำนง

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบ ส.พ. ๑๘

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

☐ คำขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

☐ คำขอเปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ :..... ออกให้ ณ วันที่ .....

☐ วุฒิบัตร ☐ หนังสืออนุมัติ ☐ หนังสือรับรอง สาขา.....

ขอรับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง

วัน/เวลาทำการ..... เพื่อ ☐ ขอดำเนินการสถานพยาบาลใหม่

☐ ขอดำเนินการแทนผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิม เนื่องจาก ☐ ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประสงค์จะเปลี่ยน

☐ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเดิมไม่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป

ลักษณะสถานพยาบาล ..... ณ สถานพยาบาล ชื่อ .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน.....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. ขณะนี้ข้าพเจ้า

☐ เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลประเภทที่..... ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....ที่ตั้ง.....เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

วัน/เวลาปฏิบัติงานของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในสถานพยาบาล หรือในส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น ดังนี้

(ชี้แจงชื่อ ที่ตั้งของสถานพยาบาล หรือส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งวัน เวลาที่ปฏิบัติงานด้วย)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ ใบรับรองแพทย์
☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
☐ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ หรือ หนังสือรับรอง
☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (ถ้ามี)
☐ รูปถ่าย ขนาด ๒.๕ x ๓ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี
☐ รูปถ่าย ขนาด ๘ x ๑๓ เซนติเมตร จำนวน ๑ รูป ถ่ายไว้ไม่เกินหนึ่งปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง

๒. สามารถควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด (ในกรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานในสถานพยาบาลในเวลาราชการได้ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

๓. ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลยินยอมให้ข้าพเจ้าดำเนินการสถานพยาบาล ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

๔. ผู้รับอนุญาตมีอำนาจให้ข้าพเจ้าพ้นจากหน้าที่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลดังกล่าวข้างต้น เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลแห่งนี้

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้รับอนุญาต

(.....) ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

<u>หมายเหตุ</u> ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (เจ้าของอาคาร) ..... อายุ ..... ปี
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย ..... ถนน ..... หมู่ที่ .....ตำบล ..... อำเภอ .....
จังหวัด .....เป็นผู้ถือกรรมสิทธิ์ในบ้านเลขที่ .....ซอย ..... ถนน ..... หมู่ที่ .....
ตำบล .....: อำเภอ..... จังหวัด .....

ขอทำหนังสือฉบับนี้ขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้ายินยอมให้(ผู้ขอประกอบการ).....
อายุ .....ปี อยู่บ้านเลขที่ ..... ซอย.....ถนน ..... หมู่ที่.....ตำบล .....
อำเภอ ..... จังหวัด .....ใช้สถานที่ตามสถานที่ดังกล่าวข้างต้น ในการประกอบกิจการ
.....
.....
ได้ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ขอรับรองว่าหนังสือฉบับนี้ได้ทำขึ้นโดยถูกต้องตามความเป็นจริง ทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ให้คำยินยอม
(.....) ตัวบรรจง

(ลงชื่อ) ..... ผู้ขอประกอบการ
(.....) ตัวบรรจง

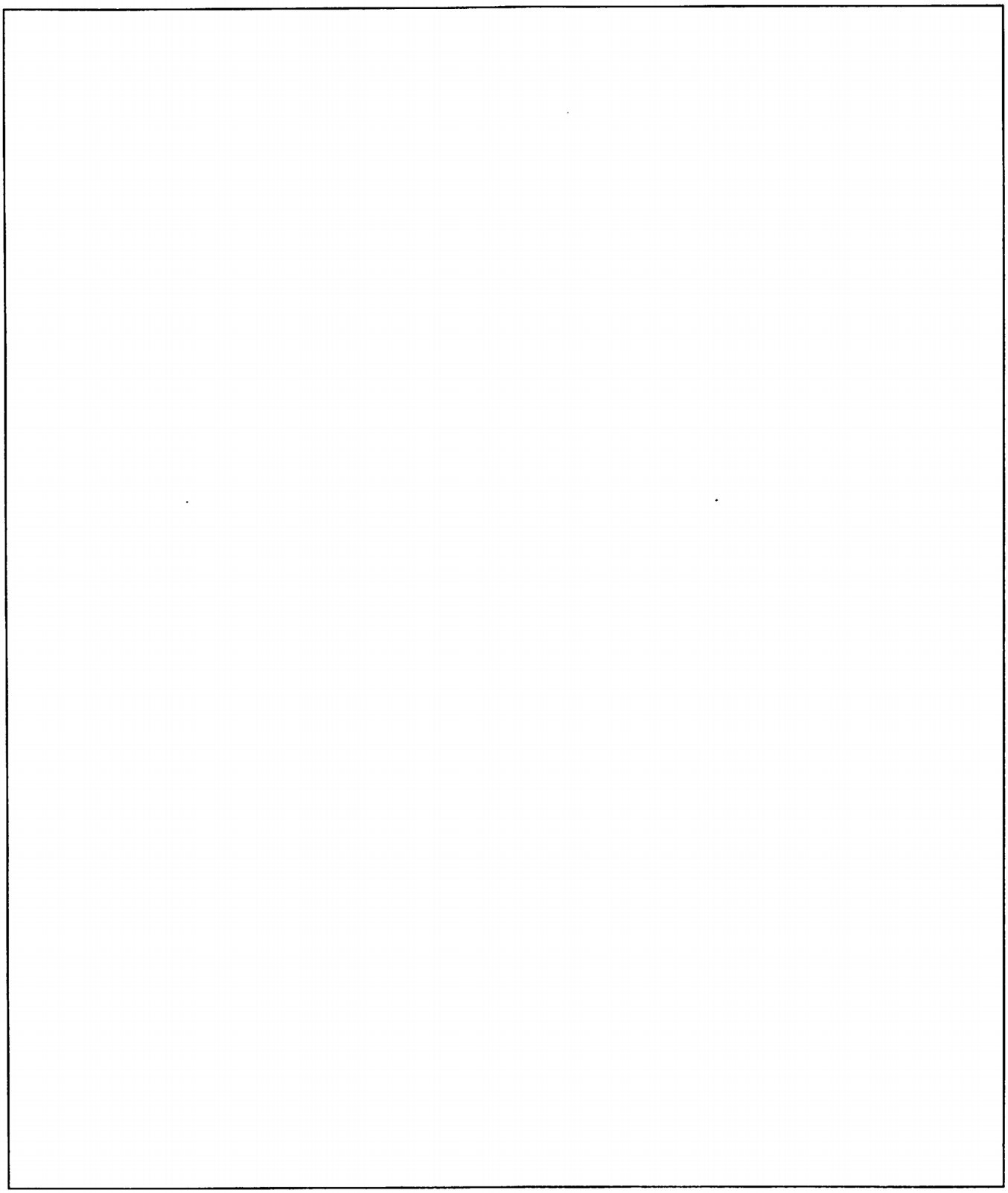
(ลงชื่อ) ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ ให้แนบเอกสารดังนี้ประกอบด้วย พร้อมทั้งรับรองสำเนาถูกต้อง

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้คำยินยอม / เจ้าของบ้าน
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ให้คำยินยอม / เจ้าของบ้าน

หากมีสัญญาเช่าร้าน ให้ถ่ายสำเนาสัญญาเช่าพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องแทนหนังสือนี้

แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาล โดยสังเขป

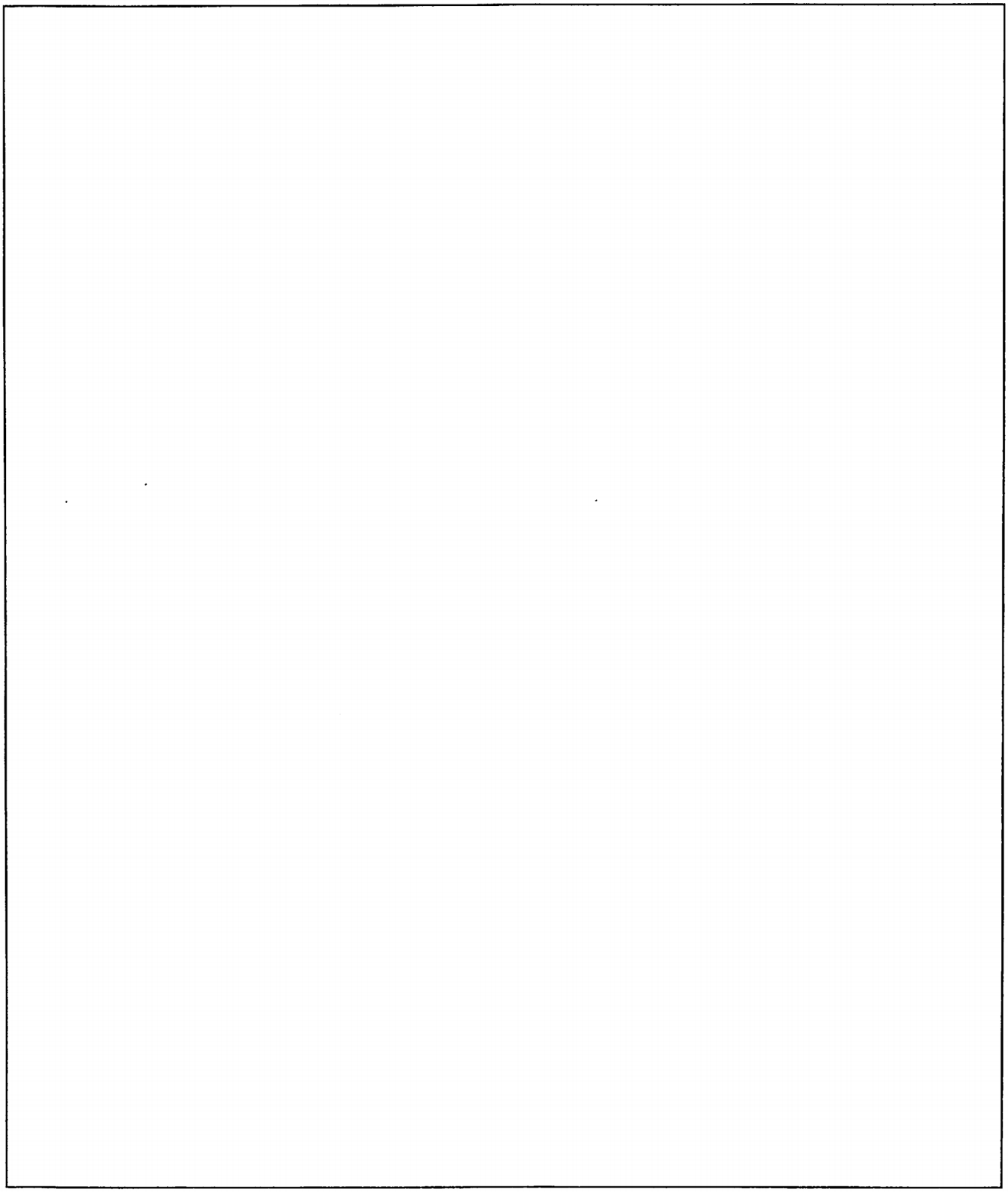


หมายเหตุ : ให้ระบุสถานที่ที่สำคัญใกล้เคียงกับสถานพยาบาลที่ขออนุญาต ซึ่งสามารถสังเกตได้ชัดเจน เช่น ธนาคาร สถานีตำรวจ โรงเรียน ฯลฯ

ลายมือชื่อ.....

(.....)

แผนผังภายในบริเวณสถานพยาบาล



หมายเหตุ : ให้แสดงลักษณะภายในสถานพยาบาล โดยระบุห้องต่าง ๆ และตำแหน่งที่ตั้งอุปกรณ์ เครื่องมือ ฯลฯ

ลายมือชื่อ.....

(.....)

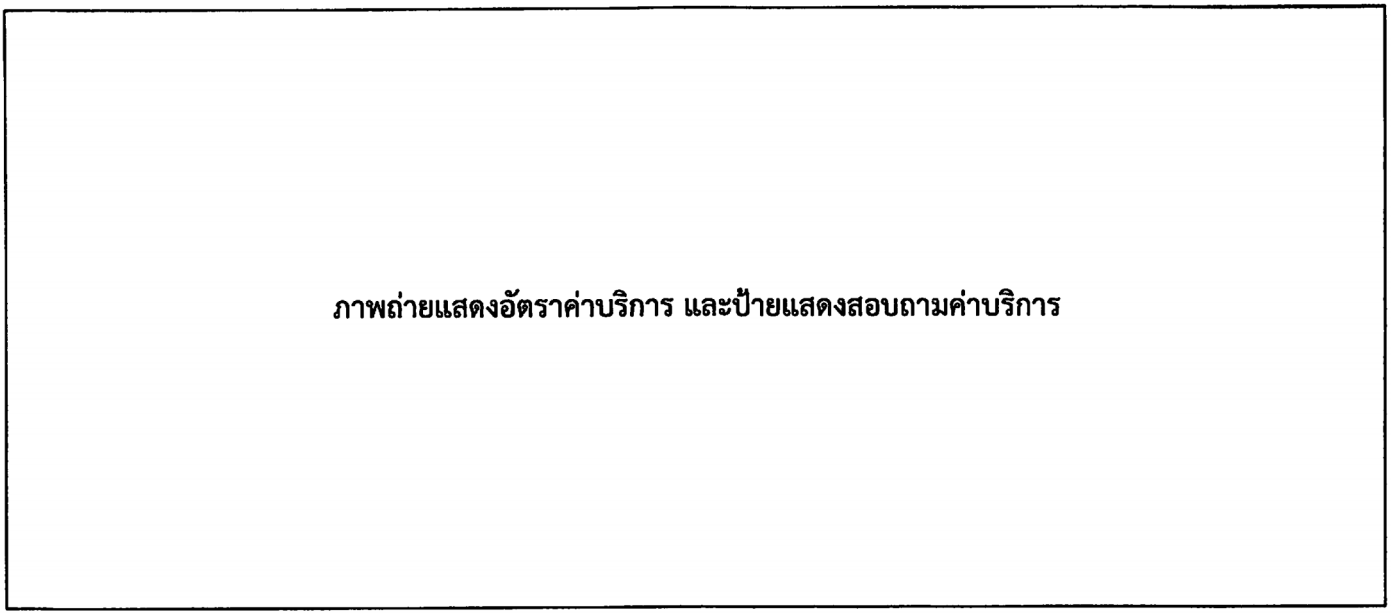
ภาพถ่ายภายในคลินิกพอสังเขป

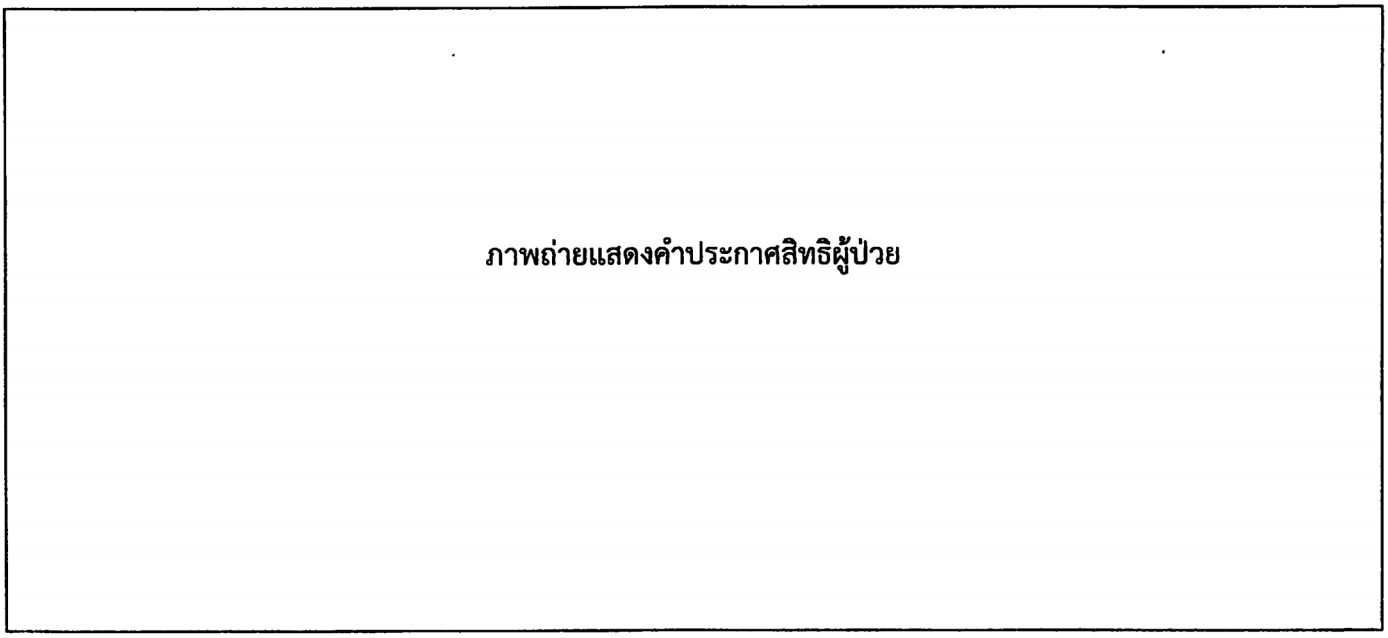
ภาพถ่ายแสดงป้ายชื่อสถานพยาบาล

ภาพถ่ายแสดงใบประกอบวิชาชีพ

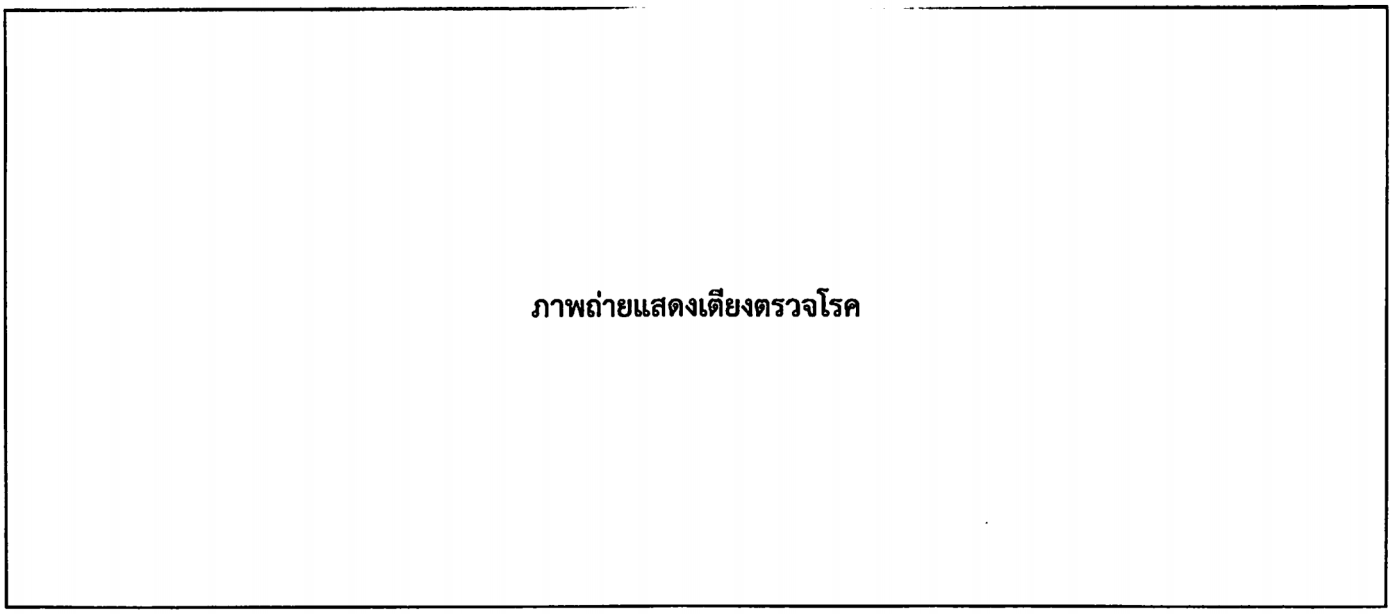
ภาพถ่ายแสดงวัน เวลาที่ให้บริการ

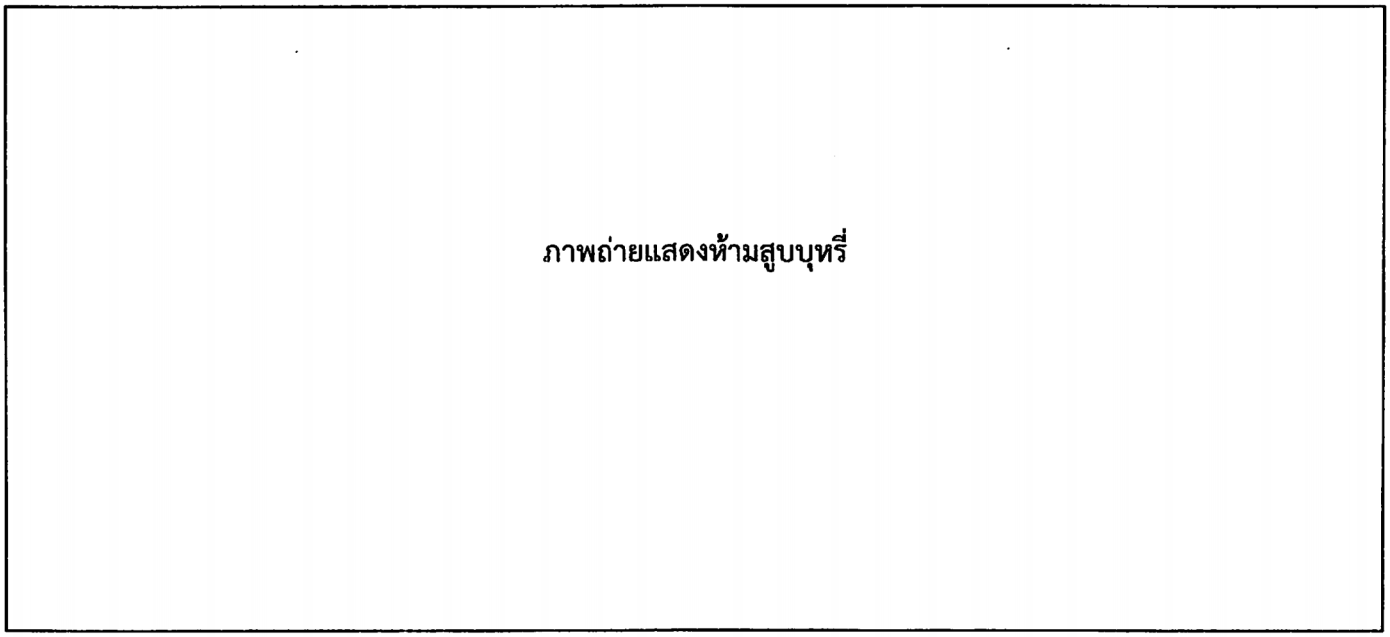
ภาพถ่ายภายในคลินิกพอสังเขป





ภาพถ่ายภายในคลินิกพอสังเขป





ภาพถ่ายภายในคลินิกพอสังเขป

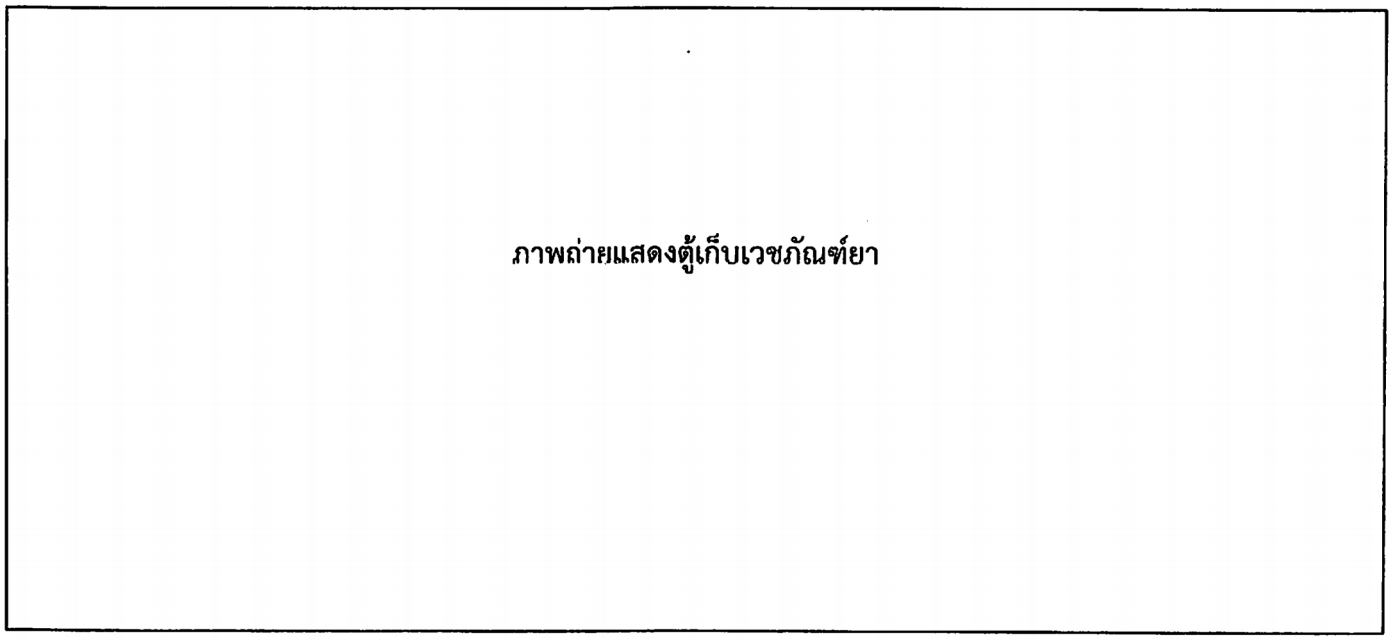
ภาพถ่ายแสดงถังขยะติดเชื้อ / ถังขยะทั่วไป

ภาพถ่ายแสดงห้องน้ำชาย / หญิง

ภาพถ่ายแสดงเครื่องชั่งน้ำหนัก / ที่วัดส่วนสูง

ภาพถ่ายภายในคลินิกพอสังเขป

ภาพถ่ายแสดงตู้เย็น



ภาพถ่ายแสดงตู้เก็บเวชภัณฑ์ยา

ภาพถ่ายแสดงอ่างล้างมือ

ตัวอย่างชื่อสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)

ลักษณะ	คำนำหน้าหรือต่อท้ายชื่อสถานพยาบาล	หมายเหตุ
คลินิกการแพทย์แผนไทย	...คลินิกการแพทย์แผนไทย...	
	...คลินิกการแพทย์แผนไทย (การแพทย์แผนไทยประยุกต์)...	มี (การแพทย์แผนไทยประยุกต์)
คลินิกการประกอบโรคศิลปะ	...คลินิกการประกอบโรคศิลปะกิจกรรมบำบัด... ...คลินิกการประกอบโรคศิลปะการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย... ...คลินิกการประกอบโรคศิลปะเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก... ...คลินิกการประกอบโรคศิลปะรังสีเทคนิค... ...คลินิกการประกอบโรคศิลปะจิตวิทยาคลินิก... ...คลินิกการประกอบโรคศิลปะกายอุปกรณ์... ...คลินิกการประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนจีน...	ไม่ต้องมีคำว่าสาขา
คลินิกกายภาพบำบัด	...คลินิกกายภาพบำบัด...	
คลินิกเทคนิคการแพทย์	...คลินิกเทคนิคการแพทย์...	
คลินิกทันตกรรม	...คลินิกทันตกรรม...	
คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์	...คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์...	
คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม	...คลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรม...	(ให้กำหนดชื่อว่าคลินิกเฉพาะทางต่อด้วยด้านเวชกรรม/ทันตกรรม/การพยาบาลและการผดุงครรภ์และต่อท้ายด้วยหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรวิชาชีพ) มีคำว่า “สาขา” หรือไม่ก็ได้
คลินิกเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์	...คลินิกเฉพาะทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์...	

หมายเหตุ ... แทนชื่อเฉพาะของสถานพยาบาล (ใช้นำหน้าหรือต่อท้ายลักษณะสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการก็ได้)

แผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)

- ใช้แผ่นป้ายสี่เหลี่ยมผืนผ้าสีขาว
- ยาว อย่างน้อย ๑๒๐ เซนติเมตร และกว้าง อย่างน้อย ๔๐ เซนติเมตร
- ตัวอักษรในแผ่นป้ายแสดงชื่อให้ใช้สี ดังนี้

ลักษณะการให้บริการ	สีตัวอักษร
เวชกรรม	สีเขียว
เฉพาะทางด้านเวชกรรม	
ทันตกรรม	สีม่วง
เฉพาะทางด้านทันตกรรม	
การพยาบาลและการผดุงครรภ์	สีฟ้า
กายภาพบำบัด	สีชมพู
เทคนิคการแพทย์	สีเลือดหมู
การแพทย์แผนไทย	สีน้ำเงิน
การประกอบโรคศิลปะ	สีน้ำตาล
สหคลินิก	สีเขียวแก่

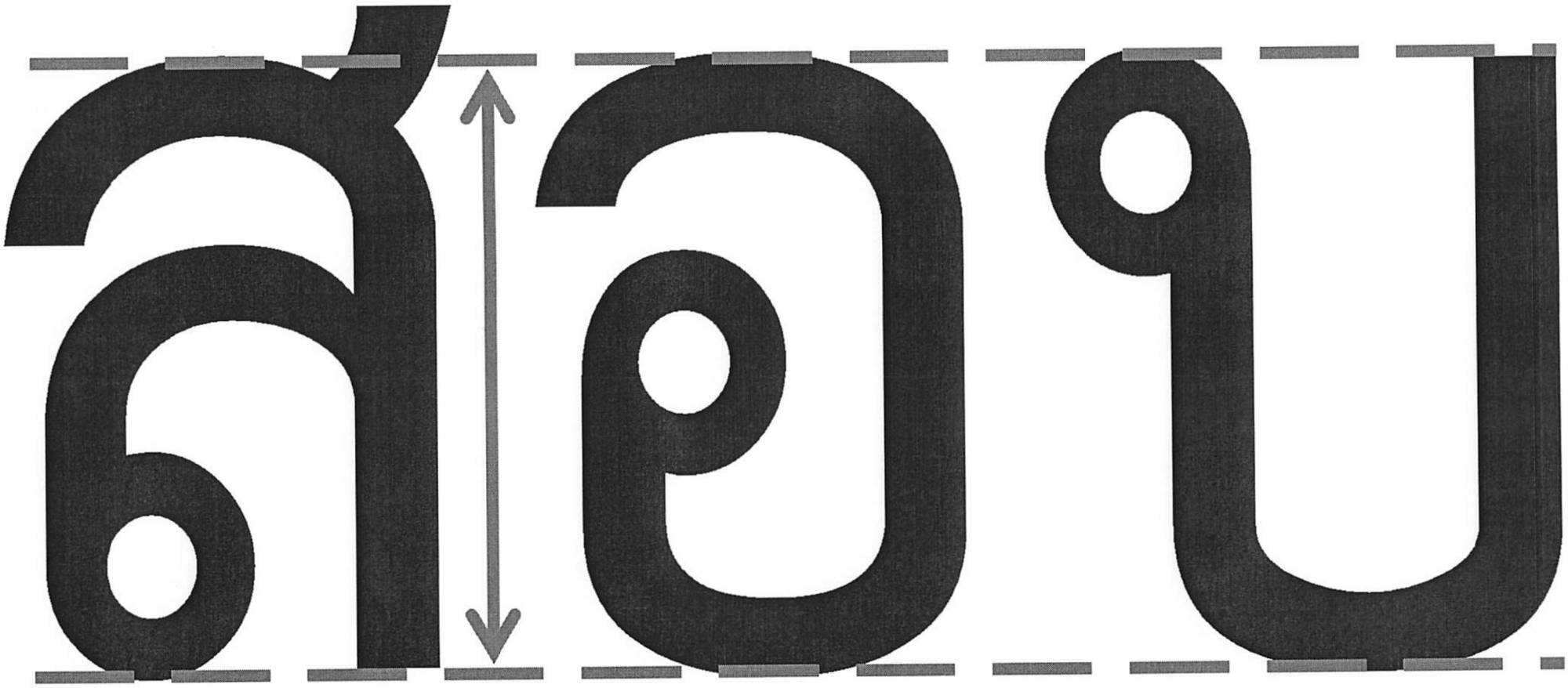
คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย

๑. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

*** ตัวอักษรมีขนาดความสูง
อย่างน้อย 1 เซนติเมตร ***

สอบถามค่าบริการได้ที่นี่

*** ตัวอักษรมีขนาดความสูง
อย่างน้อย 10 เซนติเมตร ***



(ตัวอย่าง)

อัตราค่าบริการ

❖ ค่าบริการ	50-300	บาท
❖ วางแผนครอบครัว	50	บาท
❖ ตรวจการตั้งครรภ์	100	บาท
❖ ตรวจก่อน/หลังคลอด	100	บาท
❖ ทำแผล	50	บาท

เวชระเบียนผู้ป่วย CN □□□□-□□□

ชลลดาคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
123/4 ถนนสระหลวง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000
โทรศัพท์ 0 5661 2345

ชื่อ-นามสกุล..... เพศ □ชาย □หญิง

วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

แพ้ยา.....

ชลลดาคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ CN □□□□-□□□
123/4 ถนนสระหลวง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000
โทรศัพท์ 0 5661 2345

ชื่อ-นามสกุล.....แพ้ยา.....
วันที่รับบริการ.....น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
T.....°C HR.....mmHg P.....bpm

<u>อาการเจ็บป่วย</u>

<u>การตรวจร่างกาย</u>

<u>ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</u>

<u>การวินิจฉัย</u>

<u>การรักษา</u>

<u>F/U</u>

<u>Plan</u>

ลงชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ.....

ทะเบียนผู้ป่วย

ชลลดาคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

123/4 ถนนสระหลวง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000

ลำดับ	วันเดือนปีที่รับบริการ	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เลขประจำตัวผู้ป่วย	หมายเหตุ