

บันทึกการตรวจมาตรฐานประจำปีคลินิกกายภาพบำบัด ประจำปีงบประมาณ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (บันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง)

1. ชื่อคลินิก (ตามใบอนุญาต).....
๒. ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลเลขที่.....
๓. ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลเลขที่.....
๔. ชื่อผู้ประกอบการสถานพยาบาล.....
๕. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
6. วัน เวลา เปิดทำการตามใบอนุญาต.....
7. ชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่พบ ๑.....เลขที่ใบอนุญาต.....
๒.....เลขที่ใบอนุญาต.....
๓.....เลขที่ใบอนุญาต.....
๔.....เลขที่ใบอนุญาต.....
๘. ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
๙. ลักษณะอาคารที่ตั้งคลินิก
 อาคารสถานพยาบาลโดยเฉพาะ อาคารอยู่อาศัย ห้องแถว
 ตึกแถว บ้านแถว บ้านแฝด
 ศูนย์การค้า อาคารพาณิชย์.....ชั้น ตั้งอยู่ชั้นที่.....
 คอนโดมิเนียมที่อยู่อาศัย คอนโดมิเนียมสำนักงาน
 อื่น ๆ
๑๐. การบริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....
.....
.....
๑๑. พื้นที่การให้บริการในคลินิก มีดังนี้

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1.4 การสำรวจและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ขนาดความกว้างของประตู เข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า 80 เซนติเมตร			
1.5 ห้องตรวจประเมิน หรือห้องบำบัดรักษา ต้องเป็นสัดส่วนและมิดชิด และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ (ในกรณีพื้นที่จำกัดห้องตรวจ ประเมินและห้องบำบัดรักษาอาจใช้ห้องเดียวกันได้)			
๑.๕.๑ ภายในห้องตรวจประเมิน ต้องมีเตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐาน ทางกายภาพ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือ			
๑.๕.๒ ห้องบำบัดรักษา ต้องเป็นสัดส่วนและมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ			
๑.๕.๓ ไม่ติดตั้งกล่องวงจรปิดในห้องตรวจประเมินหรือห้องบำบัดรักษา			
1.6 มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้องหรือมีห้องน้ำส่วนรวมในกรณีอาคารศูนย์การค้าหรืออาคารสำนักงาน			
๑.7 มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับทึบ (หากความสูงของสถานพยาบาลต่ำกว่า 2.6 เมตร ต้องเพิ่มพัดลมดูดอากาศที่เหมาะสม)			
1.๘ มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม			
1.๘.1 ห้องตรวจประเมินและห้องบำบัดรักษา ต้องมีถังขยะทั่วไป และ ถังขยะติดเชื้อ ที่มีลักษณะถังขยะแบบใช้เท้าเหยียบให้เปิด มีฝาปิดมิดชิด ถังขยะติดเชื้อใช้ถุงสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ไว้ที่ถังขยะ แยกต่างหากจากถังขยะทั่วไป ใช้ถุงสีดำ เขียนข้อความ “ขยะทั่วไป” ไว้ที่ถังขยะ วางคู่กันทุกห้อง			
1.8.2 มีสัญญา/หนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ ของการจ้างบริษัทกำจัดขยะติดเชื้อ หรืออาจแสดงใบเสร็จรับเงินที่เป็นเดือนปัจจุบัน			
1.๙ มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ตามวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคลินิก			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1.1๐ มีถึงดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน 1.50 เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็น สามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น			
1.1๑ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล			
2. คลินิกต้องมีลักษณะการให้บริการดังต่อไปนี้			
2.1 มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ			
2.2 มีการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามลักษณะวิชาชีพ ตามที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี			
2.3 พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมและเปิดติดต่อกันได้และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกันการประกอบอาชีพอื่น			
2.4 พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริการส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริการส่วนตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และสภาอากาศไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน			
2.5 ในกรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกันกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก			
2.5.1 สถานพยาบาลต้องมีประตู เข้า - ออก คนละทางกับการประกอบกิจการอื่น			
2.5.2 การกั้นพื้นที่ต้องเป็นสัดส่วน แสดงให้เห็นประจักษ์ ชัดเจนและถาวร			
2.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
3. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย			
3.1 มีป้ายชื่อสถานพยาบาล เป็นไปตามกฎกระทรวง			
3.1.1 ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสีเหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า 40 เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า 120 เซนติเมตร			
3.1.2 จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีชมพู			
3.1.3 เลขที่ใบอนุญาตขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 5 เซนติเมตร ตัวเลขอารบิกสีชมพู			
3.2 ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกและเหมาะสม			
3.3 ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญดังต่อไปนี้			
3.3.1 คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกกายภาพบำบัด”			
3.3.2 กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้อง เล็กกว่าอักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย			
3.3.3 ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวน โ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกกายภาพบำบัด			
3.3.4 ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต			
3.3.5 คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอหรือในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่ผู้ขออนุญาตเป็นบุคคลเดียวกันหรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษรหรือหมายเลขเรียงลำดับหรือที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
3.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล			
๓.๕ การแสดงเอกสารใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล เอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล และรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพกายภาพบำบัด ในบริเวณที่เปิดเผยและเหมาะสม			
3.๕.๑ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.7)			
3.๕.๒ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.19)			
3.๕.๓ แสดงเอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.12) ในที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจนบริเวณทางเข้าสถานพยาบาล			
3.๕.๔ หน้าห้องตรวจมีบริเวณให้ติดป้ายแสดงชื่อ ภาพถ่าย และเลขที่ใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดที่ให้บริการ หากมีผู้ประกอบการวิชาชีพ/ผู้ประกอบการโรคศิลปะอื่นปฏิบัติงานให้ยื่น สพ.6 ทุกคน และแสดงป้ายนี้ไว้ในบริเวณที่เปิดเผยและเห็นได้ชัดเจน			
3.๖ แสดงอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมการบริการที่เรียกเก็บ โดยแสดงอัตราราคาต่อหน่วย และระบุข้อความด้วยอักษรภาษาไทย โดยแสดงไว้ในที่เปิดเผยให้ผู้รับบริการสามารถเห็นได้ง่าย โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่ม หรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ			
3.๗ มีป้ายแสดงให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใด ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 10 เซนติเมตร แสดงไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน			
3.๘ แสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย อ่านได้ชัดเจน ด้วยตัวอักษรไทย ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 1 เซนติเมตร บริเวณที่พักคอยของผู้รับบริการ			
3.๙ ข้อความโฆษณาสถานพยาบาล (ถ้ามี) ไม่เป็นเท็จ ไม่โอ้อวด หรือสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญ			
4. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล			
4.1 เวชระเบียน			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
4.1.1 มีตู้หรือชั้นหรืออุปกรณ์ที่เก็บเวชระเบียน ที่มั่นคง ปลอดภัย และค้นหาได้ง่าย			
4.1.2 มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย มีรายการดังต่อไปนี้			
(1) ชื่อ นามสกุล อายุของผู้ป่วย			
(2) เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย			
(3) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ			
4.1.3 มีเวชระเบียน หรือ บัตรผู้ป่วย ที่สามารถ บันทึกรายละเอียด ตามที่กฎกระทรวงกำหนด			
(1) ชื่อ ที่อยู่สถานพยาบาล พร้อมเบอร์โทรศัพท์			
(2) เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย			
(3) วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ			
(4) ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ เลขบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ป่วย			
(5) อาการเจ็บป่วย การแพ้ยา ผลการตรวจทางร่างกาย หรือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นสูงของผู้ป่วย			
(6) การวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด ผลการตรวจร่างกายทาง กายภาพบำบัด			
(7) การบำบัดรักษาทางกายภาพบำบัด			
(8) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดที่ให้การรักษา			
(9) ข้อมูลผู้ป่วยอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัด			
4.2 ห้องตรวจประเมิน จะต้อง มี			
4.2.1 โต๊ะพร้อมเก้าอี้ สำหรับบันทึกประวัติ หรือให้คำปรึกษา			
4.2.2 เติงตรวจประเมินที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ (พื้นแข็ง สามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้ตามหลักวิชาชีพ หรือเตียงที่สามารถปรับระดับได้			
๔.๒.๓ หากเตียงตรวจโรคมีความสูงต้องจัดให้มีบันไดขึ้นเตียง (Step) เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย			
4.2.4 ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว			
4.2.๕ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือ			
4.2.๕ ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ“ขยะติดเชื้อ”			
4.3 เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ ในการตรวจรักษา ต้องจัดให้มี			
4.3.1 หูฟัง (Stethoscope)			
4.3.2 เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer)			
4.3.3 โกนิโอมิเตอร์ (Goniometer)			
4.3.4 สายวัดความยาว			
4.3.5 เครื่องมือกายภาพบำบัดรวมทั้งอุปกรณ์และเครื่องมือไฟฟ้า อิเล็กทรอนิกส์ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ ไม่น้อยกว่า ๒ ชนิด (จาก รายการเครื่องมือแนบท้าย)			
4.3.๖ อุปกรณ์หรือเครื่องมืออื่นที่ได้มาตรฐานทางวิชาชีพ กายภาพบำบัด (หากมีบริการ)			ระบุ.....
4.๔ ห้องบำบัดรักษา ต้องจัดให้มี (หมายเหตุ ในกรณีที่พื้นที่จำกัดห้องตรวจประเมินและห้องบำบัดรักษาอาจ ใช้ห้องเดียวกันได้)			
4.๔.1 เพียงสำหรับการบำบัดรักษา			
4.๔.2 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ที่มีการทำความสะอาดอย่าง เหมาะสม			
4.๔.3 ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีแดง เขียน ข้อความ“ขยะติดเชื้อ” ภาชนะบรรจุขยะทั่วไป ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีดำ เขียนข้อความ“ขยะทั่วไป”			
4.๕ เครื่องใช้ทั่วไป ต้องจัดให้มี			
4.๕.1 เครื่องชั่งน้ำหนัก			
4.๕.2 มีตู้หรือชั้นเก็บยาที่เป็นสัดส่วน			
4.๖ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินที่ต้องจัดให้มี ในคลินิกกายภาพบำบัด			
4.๖.1 ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag) 1 ชุด			
4.๖.2 มีแผนและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน			

- 4.7 เครื่องผลิตกระแสไฟตรงศักดาสูงเพื่อบำบัดรักษา (High Voltage Galvanic current therapy unit)
- 4.8 เครื่องผลิตกระแสไฟตรงเป็นช่วง ๆ เพื่อบำบัดรักษา (Interrupted direct current therapy unit)
- 4.9 เครื่องผลิตกระแสแบบรัสเซียเพื่อบำบัดรักษา (Russian current therapy unit)
- 5. เครื่องป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback unit)
- 6. โคมไฟรังสีอุลตราไวโอเล็ต (Ultraviolet lamp) เฉพาะที่ใช้โดยตรงกับร่างกายมนุษย์
- 7. ถังน้ำวนหรืออ่างน้ำวนสำหรับลำตัว (Whirlpool or Hubbard Tank)
- 8. ถังแช่พาราฟิน (Paraffin wax bath unit)
- 9. ตู้อบไอน้ำ (Stream bath cabinet)
- ๑๐. เครื่องแช่แผ่นเก็บความร้อน (Hydrocollator unit)
- 1๑. เครื่องเป่าอากาศร้อนชื้น (Moist air heat therapy unit)
- 1๒. เครื่องบำบัดแบบอณูไหล (Fluido therapy unit)
- 1๓. เครื่องควบคุมแรงกดดันความเย็นเพื่อการรักษา (Cryo controller pressure therapy unit)
- 1๔. เครื่องกดบีบสำหรับภาวะทางหลอดเลือด (Compressor unit for vascular condition)
- 1๕. เครื่องผลิตแสงเลเซอร์กำลังต่ำ (Low power unit)
- 1๖. เครื่องกระตุ้นแบบสนามแม่เหล็ก (Magnetic stimulator)
- 1๗. เครื่องดึงกระดูกสันหลังไฟฟ้า (Electric traction Machine)
- 1๘. โต๊ะหมุนและแผ่นหมุนให้ตั้งตรง (Tilt table and tilt board)
- 1๙. อื่นๆ (หากมีการประกาศเพิ่มเติม)

แผนที่โดยสังเขป

คลินิกชื่อ

ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่

ที่อยู่.....

.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

(ระบุที่ตั้งคลินิกและตำแหน่งตึก สถานที่ หรือสิ่งปลูกสร้างอื่นใกล้เคียง ที่เป็นจุดสังเกตได้ชัดเจนหากไม่สะดวก
สามารถเขียนแผนที่ใหม่ในพื้นที่ว่างที่เหลือได้)