ลำดับที่ ..... ว/ด/ป ที่สำรวจ...../...../.....

บันทึกการตรวจมาตรฐานประจำปีคลินิกกายภาพบำบัด ประจำปีงบประมาณ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (บันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง)

1. ชื่อคลินิก (ตามใบอนุญาต).....
๒. ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลเลขที่.....
๓. ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลเลขที่.....
๔. ชื่อผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล.....
๕. ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
6. วัน เวลา เปิดทำการตามใบอนุญาต.....
7. ชื่อผู้ประกอบวิชาชีพร่วมที่พบ 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 .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

.....

.....

.....

.....

พนักงานเจ้าหน้าที่ ได้มาตรวจมาตรฐาน เมื่อวันที่.....ปรากฏผลการตรวจ ดังนี้คือ

ส่วนที่ 2 การตรวจลักษณะคลินิก

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องผลการตรวจ **"ถูกต้อง"** เมื่อตรวจพบว่าจัดให้มีถูกต้อง และให้ใส่เครื่องหมาย × ลงในช่อง **"ไม่ถูกต้อง"** เมื่อตรวจพบว่าไม่จัดให้มีหรือจัดให้มีไม่ถูกต้อง กรณีไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องในหัวข้อนั้นๆ ให้ใส่เครื่องหมาย -

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
การตรวจสอบผู้ดำเนินการ 1. พบผู้ดำเนินการการสถานพยาบาล			หากไม่พบผู้ดำเนินการให้ระบุชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ ชื่อ..... ....
2. เวลาทำการตรงกับเวลาที่ขออนุญาตหรือไม่			
3. หากพบผู้ประกอบวิชาชีพ 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 - 10 ที่นั่งและที่นั่งต้องมีพนักพิง			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1.4 การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ขนาดความกว้างของประตู เข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า 80 เซนติเมตร			
1.5 ห้องตรวจประเมิน หรือห้องบำบัดรักษา ต้องเป็นสัดส่วนและมิดชิด และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ (ในกรณีพื้นที่จำกัดห้องตรวจประเมินและห้องบำบัดรักษาอาจใช้ห้องเดียวกันได้)			
๑.๕.๑ ภายในห้องตรวจประเมิน ต้องมีเตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือ หรือกระดาษเช็ดมือ			
๑.๕.๒ ห้องบำบัดรักษา ต้องเป็นสัดส่วนและมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ			
๑.๕.๓ ไม่ติดตั้งกล้องวงจรปิดในห้องตรวจประเมินหรือห้องบำบัดรักษา			
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 มีถังดับเพลิงขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปอนด์ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ติดตั้งโดยยึดกับอาคารให้ส่วนบนสุดของตัวเครื่องสูงจากระดับพื้นอาคารไม่เกิน 1.50 เมตร หรือมีฐานรองรับที่มั่นคง อยู่ในที่มองเห็น สามารถอ่านคำแนะนำ การใช้ได้ชัดเจน ติดตั้งทุกชั้น			
1.1๑ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่**ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล**			
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			
2.๖ กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะอยู่ในอาคารเดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
3. การแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการ และสิทธิผู้ป่วย			
3.1 มีป้ายชื่อสถานพยาบาล เป็นไปตามกฎกระทรวง			
3.1.1 ป้ายชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า 40 เซนติเมตร ความยาวไม่น้อยกว่า 120 เซนติเมตร			
3.1.๒ จัดทำแผ่นป้ายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นภาษาไทย ขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร ใช้พื้นสีขาว ตัวอักษรสีชมพู			
3.๑.๓ เลขที่ใบอนุญาตขนาดความสูงไม่ต่ำกว่า 5 เซนติเมตร ตัวเลขอารบิคสีชมพู			
3.๒ ติดตั้งป้ายชื่อสถานพยาบาลในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกและเหมาะสม			
3.๓ ชื่อสถานพยาบาลไม่มีข้อความลักษณะชักชวน โอ้อวดเกินจริง หรืออาจสื่อให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญดังต่อไปนี้			
3.3.1 คำนำหน้าชื่อ หรือ ต่อท้ายของชื่อคลินิก ต้องประกอบด้วยลักษณะคลินิก และลักษณะการให้บริการของคลินิกที่ขออนุญาต คือ “คลินิกกายภาพบำบัด”			
3.3.2 กรณีใช้ชื่อภาษาต่างประเทศด้วย ขนาดตัวอักษรต้อง **เล็กกว่า**อักษรภาษาไทยและตรงกันกับชื่อคลินิกที่เป็นภาษาไทย			
3.3.3 ชื่อคลินิกจะต้องไม่ใช้คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวนโอ้อวดเกินความจริงหรืออาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการคลินิกกายภาพบำบัด			
3.3.4 ชื่อคลินิกต้องไม่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาต			
3.3.5 คลินิกที่ตั้งอยู่ในอำเภอหรือในเขตเดียวกัน จะต้องมีชื่อไม่ซ้ำกัน เว้นแต่ผู้ขอรับอนุญาตเป็นบุคคลเดียวกันหรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการคลินิกเดิม ให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษรหรือหมายเลขเรียงลำดับหรือที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อคลินิก			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
3.๔ มีข้อความแสดงวัน เวลาที่ให้บริการไว้โดยเปิดเผย มองเห็นได้ชัดเจนจากด้านนอกคลินิกและตรงกับที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล			
๓.๕ การแสดงเอกสารใบอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล เอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล และรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด 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 หากมีผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นปฏิบัติงานให้ยื่น 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 บันทึกรายละเอียดตามที่กฎกระทรวงกำหนด			
(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 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการชัณสูตรของผู้ป่วย			
(6) การวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด ผลการตรวจร่างกายทางกายภาพบำบัด			
(7) การบำบัดรักษาทางกายภาพบำบัด			
(8) ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดที่ให้การรักษา			
(9) ข้อมูลผู้ป่วยอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัด			
4.2 ห้องตรวจประเมิน จะต้องมี			
4.2.1 โต๊ะพร้อมเก้าอี้ สำหรับบันทึกประวัติ หรือให้คำปรึกษา			
4.2.2 เตียงตรวจประเมินที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ (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 เครื่องมือกายภาพบำบัดรวมทั้งอุปกรณ์และเครื่องมือไฟฟ้าอิเล็คทรอนิกส์ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ ไม่น้อยกว่า ๒ ชนิด (จากรายการเครื่องมือแนบท้าย)			
4.3.๖ อุปกรณ์หรือเครื่องมืออื่นที่ได้มาตรฐานทางวิชาชีพกายภาพบำบัด (หากมีบริการ)			ระบุ..... .....
4.๔ ห้องบำบัดรักษา ต้องจัดให้มี (หมายเหตุ ในกรณีพื้นที่จำกัดห้องตรวจประเมินและห้องบำบัดรักษาอาจใช้ห้องเดียวกันได้)			
4.๔.1 เตียงสำหรับให้การบำบัดรักษา			
4.๔.2 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ที่มีการทำความสะอาดอย่างเหมาะสม			
4.๔.3 ภาชนะบรรจุขยะติดเชื้อ ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ“ขยะติดเชื้อ” ภาชนะบรรจุขยะทั่วไป ให้ใช้ถุงขยะพลาสติกสีดำ เขียนข้อความ“ขยะทั่วไป”			
4.๕ เครื่องใช้ทั่วไป ต้องจัดให้มี			
4.๕.1 เครื่องชั่งน้ำหนัก			
4.๕.2 มีตู้หรือชั้นเก็บยาที่เป็นสัดส่วน			
4.๖ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินที่ต้องจัดให้มีในคลินิกกายภาพบำบัด			
4.๖.1 ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ (Ambubag) 1 ชุด			
4.๖.2 มีแผนและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน			

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
(๑) มีหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการช่วยฟื้นคืนชีพ ติดไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน			
(๒) มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐานและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย			

ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ ..... พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ ..... พนักงานเจ้าหน้าที่

(.....) (.....)

ลงชื่อ ..... พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ ..... พนักงานเจ้าหน้าที่

(.....) (.....)

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบผลการตรวจสถานพยาบาลนี้แล้วและจะปฏิบัติตามคำสั่งหรือคำแนะนำของพนักงานเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่ได้ทำการละเมิด ข่มขู่ หรือทำให้ทรัพย์สินของสถานพยาบาลหรือบุคคลในสถานพยาบาลเสียหาย สูญหาย หรือเสื่อมค่าแต่ประการใด

ลงชื่อ ..... ผู้ขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ขออนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายการเครื่องมือกายภาพบำบัดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

☐ 1. เครื่องกำเนิดความร้อนลึกด้วยคลื่นสั้น (Shortwave diathermy machine)

☐ 2. เครื่องกำเนิดความร้อนลึกด้วยคลื่นไมโคร (Microwave diathermy machine)

☐ 3. เครื่องผลิตคลื่นเหนือเสียงเพื่อการรักษา (Ultrasound therapy machine)

☐ 4. เครื่องกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (Electrical stimulator)

☐ 4.1 เครื่องผลิตกระแสไฟตรงเพื่อบำบัดรักษา (Galvanic current therapy unit)

☐ 4.2 เครื่องผลิตกระแสไซนูซอยด์เพื่อบำบัดรักษา (Sinusoidal current therapy unit)

☐ 4.3 เครื่องผลิตกระแสฟาราดิคเพื่อบำบัดรักษา (Faradic current therapy unit)

☐ 4.4 เครื่องผลิตกระแสไดอะไดนามิคเพื่อบำบัดรักษา (Diadynamic current therapy unit)

☐ 4.5 เครื่องผลิตกระแสกระตุ้นประสาทผ่านผิวหนัง (Transcutaneous nerve electrical stimulator หรือ TENS unit)

☐ 4.6 เครื่องผลิตกระแสอินเตอร์เฟอเรนท์เพื่อการบำบัดรักษา (Interference current therapy unit)

☐ 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. โคมไฟรังสีอุลตร้าไวโอเลต (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 (Eletric traction Machine)

☐ 1๘. โต๊ะหมุนและแผ่นหมุนให้ตั้งตรง (Tilt table and tilt board)

☐ 1๙. อื่นๆ (หากมีการประกาศเพิ่มเติม)

<u>แผนที่โดยสังเขป</u>

คลินิกชื่อ .....

ใบอนุญาตประกอบกิจการเลขที่ .....

ที่อยู่.....

.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

(ระบุที่ตั้งคลินิกและตำแหน่งตึก สถานที่ หรือสิ่งปลูกสร้างอื่นใกล้เคียง ที่เป็นจุดสังเกตได้ชัดเจนหากไม่สะดวกสามารถเขียนแผนที่ใหม่ในพื้นที่ว่างที่เหลือได้)

