

แบบติดภาพถ่ายสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาล ประเภทคลินิกทันตกรรม

สถานพยาบาลชื่อ _____

ผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลชื่อ _____

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ _____

สถานที่ตั้ง เลขที่ _____ ตรอก/ซอย _____

ถนน _____ หมู่ _____ ตำบล _____

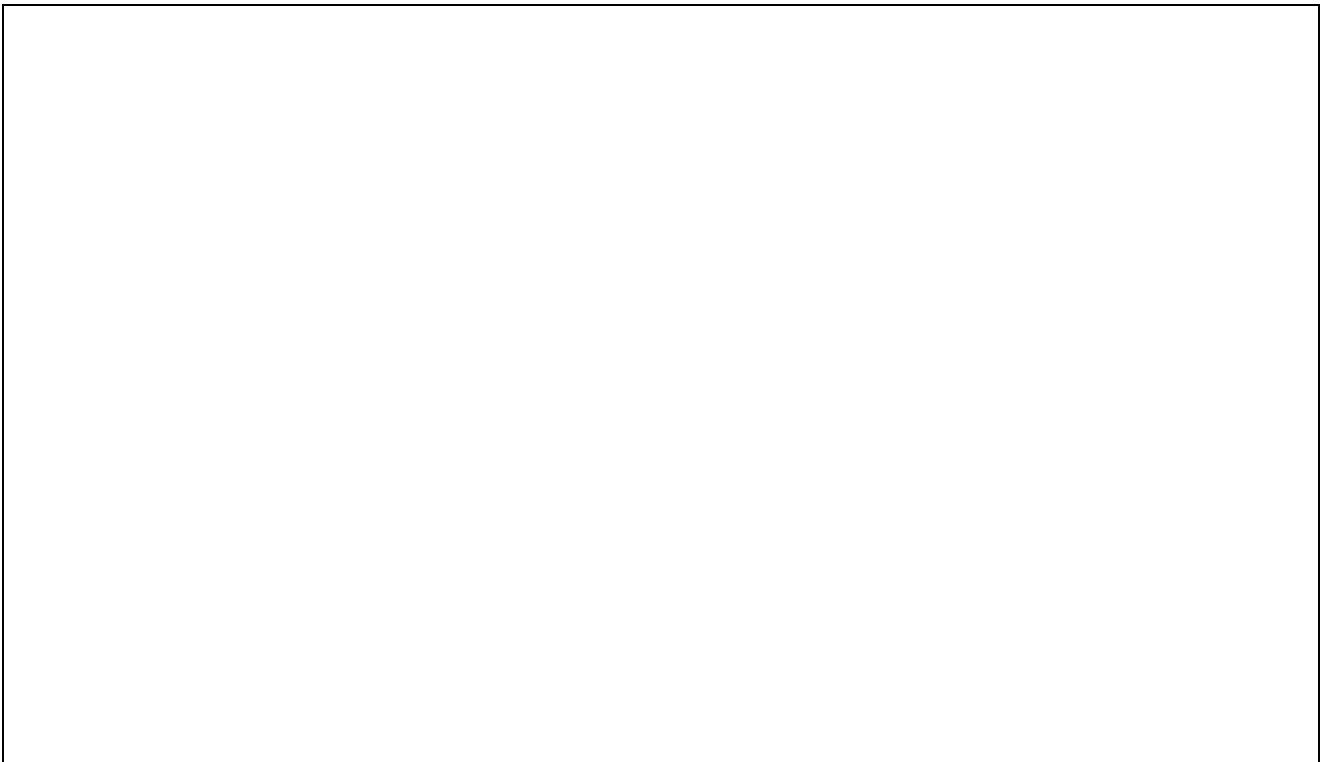
อำเภอ _____ จังหวัดนครสวรรค์ รหัสไปรษณีย์ _____



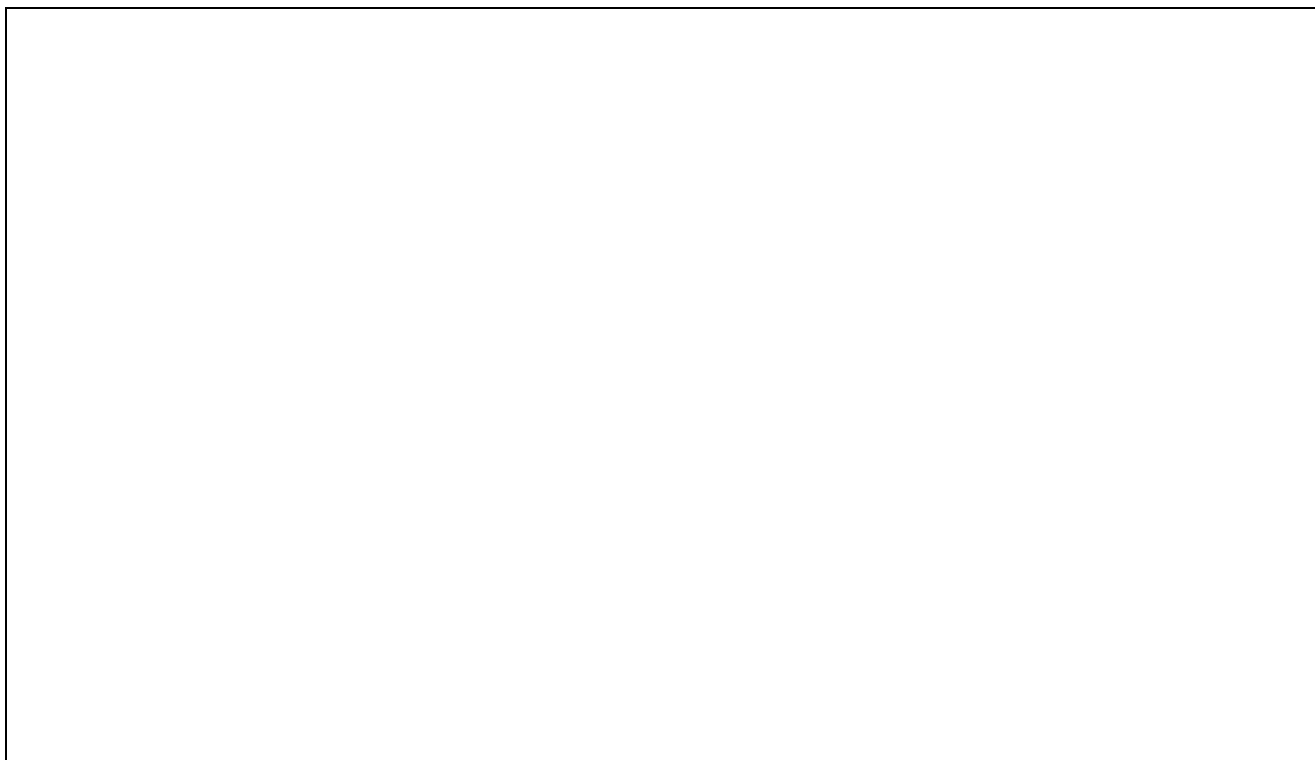
1. ด้านหน้าสถานพยาบาล



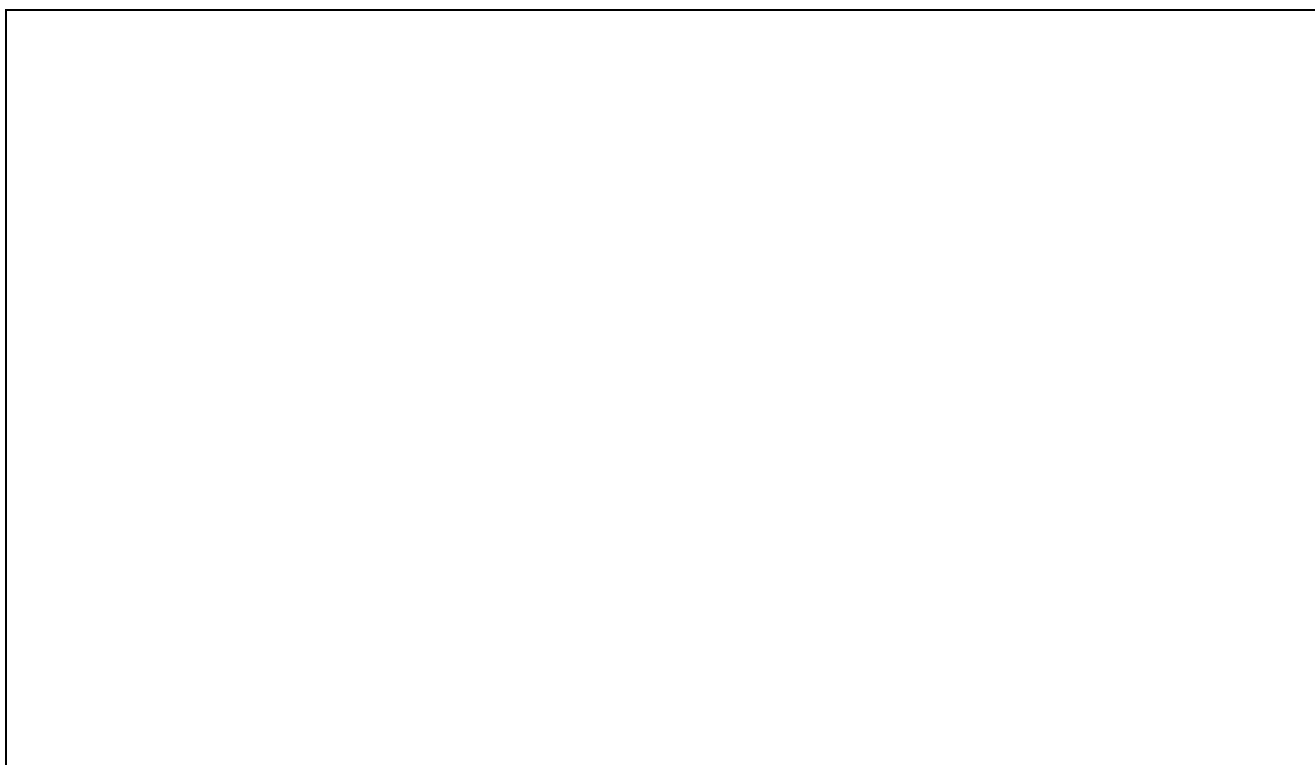
2. ประตูเข้า-ออก ขนาดความกว้าง.....เซนติเมตร



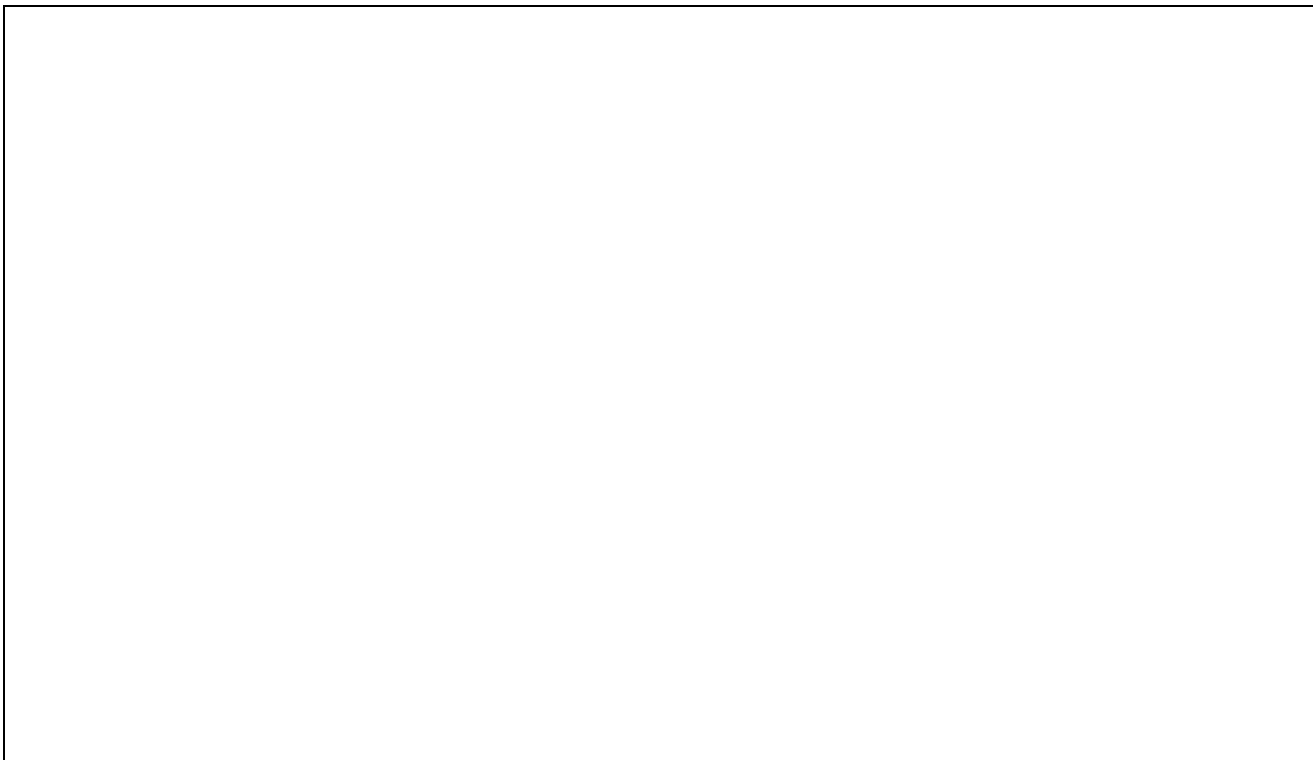
3. ส่วนที่פקคอยรอตรวจ



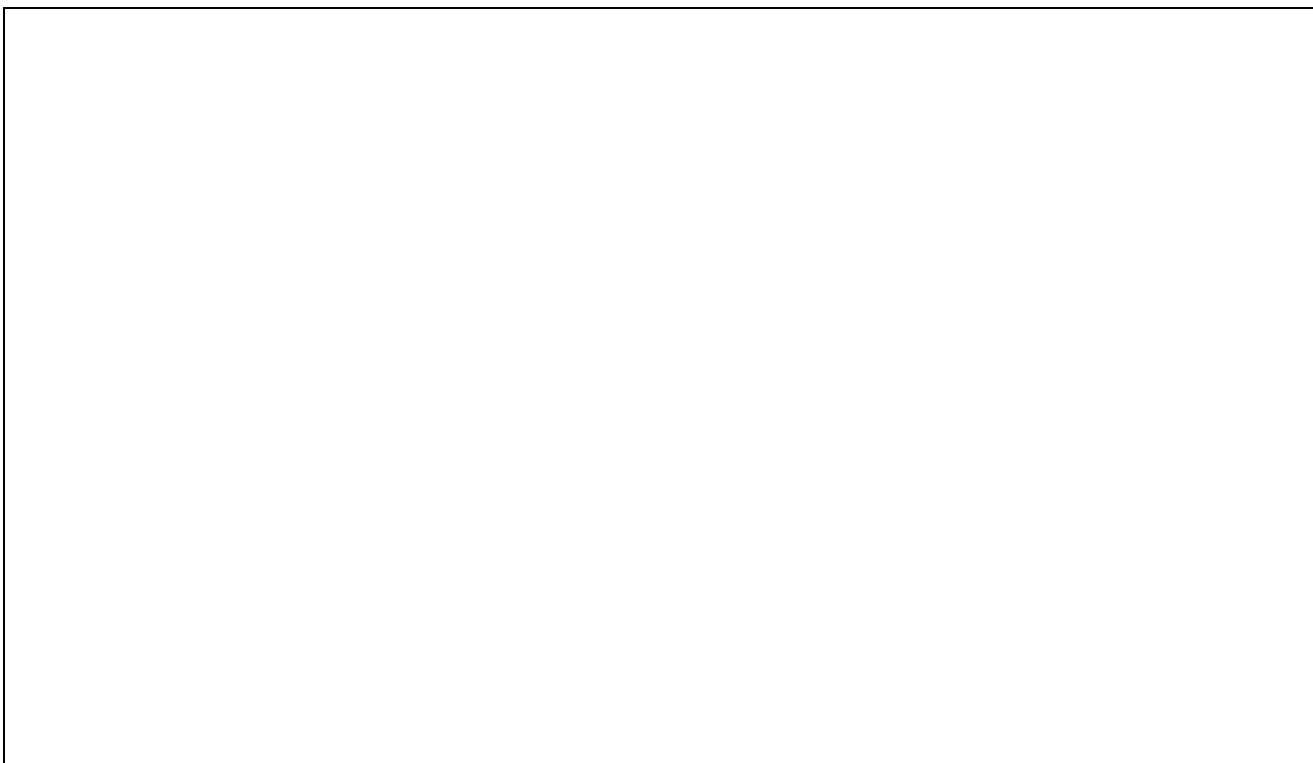
4. ห้องตรวจ หรือ ห้องให้การรักษา



5. อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ



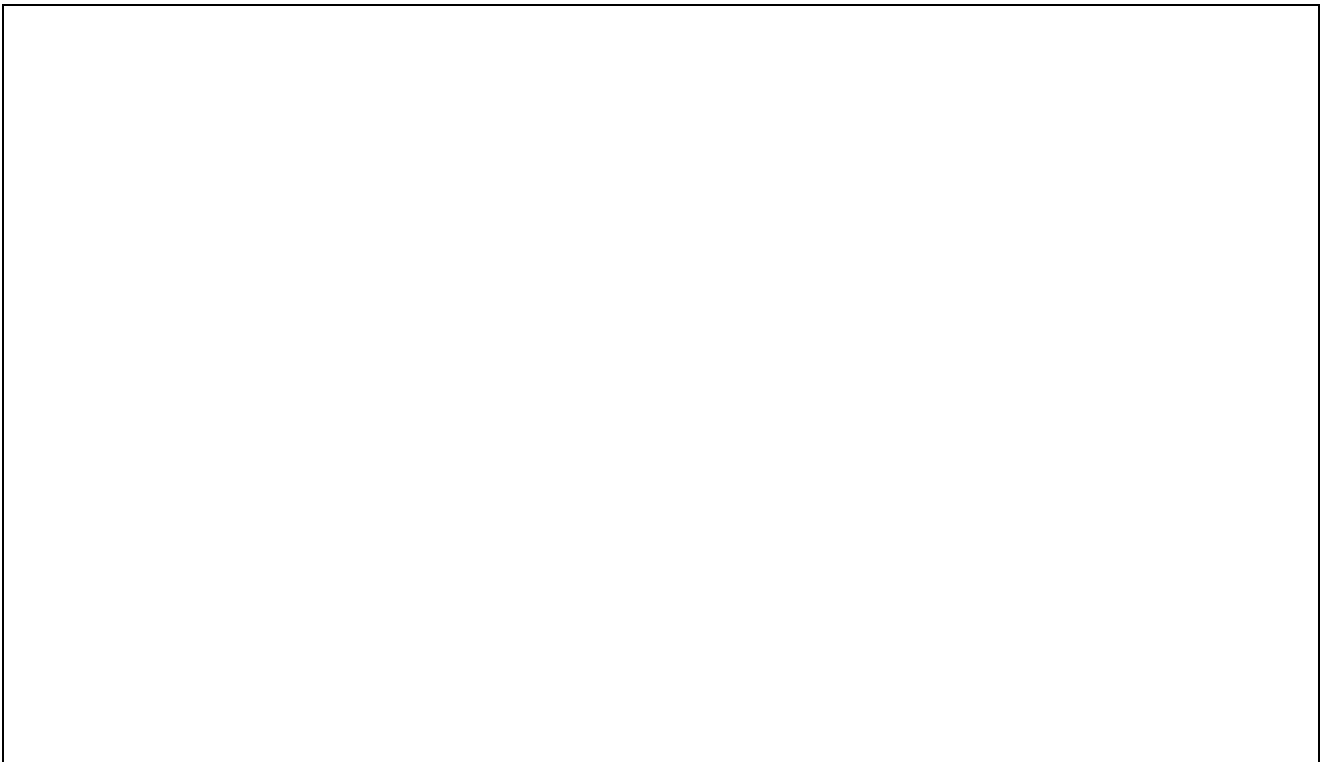
6. ห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะ



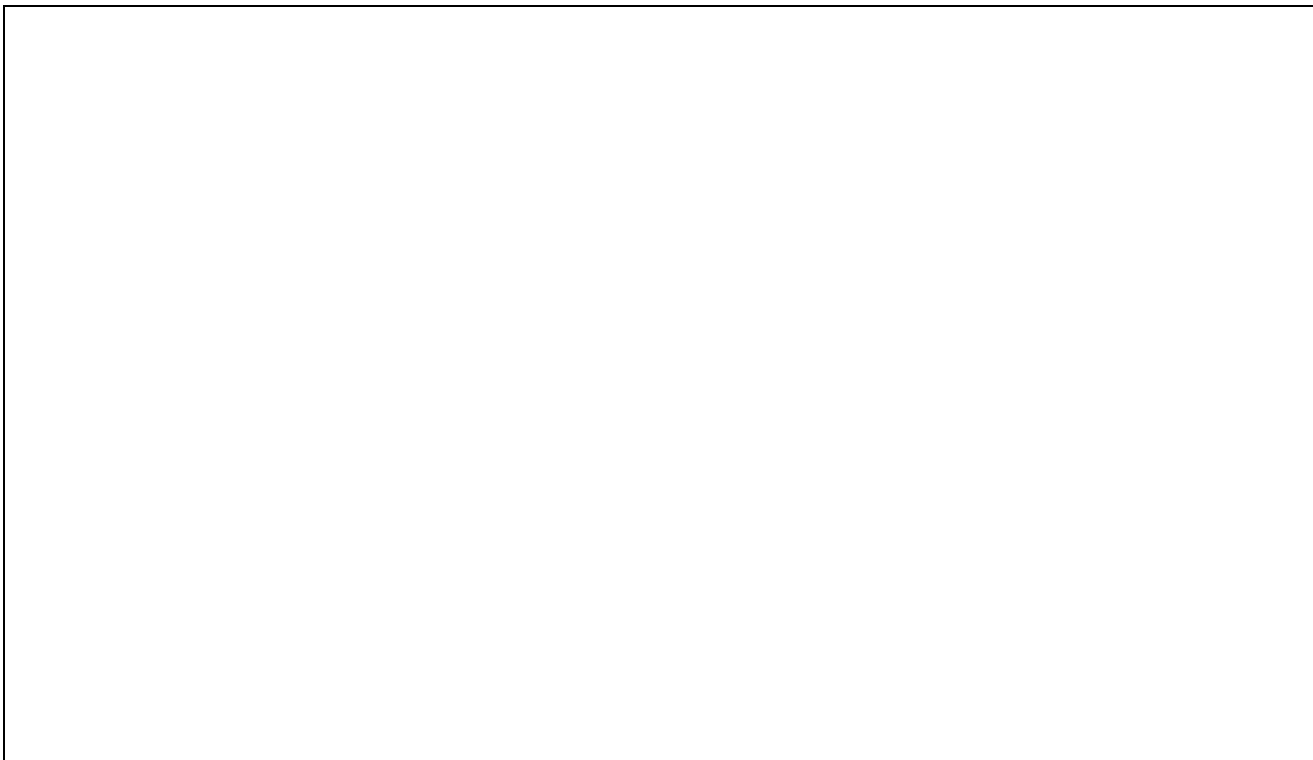
7. หลักฐานการกำจัดขยะติดเชื้อ เช่น สัญญาหรือหนังสือตอบรับการขนถ่ายขยะติดเชื้อ
ของการจ้างบริษัทหรือหน่วยงานอื่นที่มีระบบกำจัดขยะติดเชื้อ



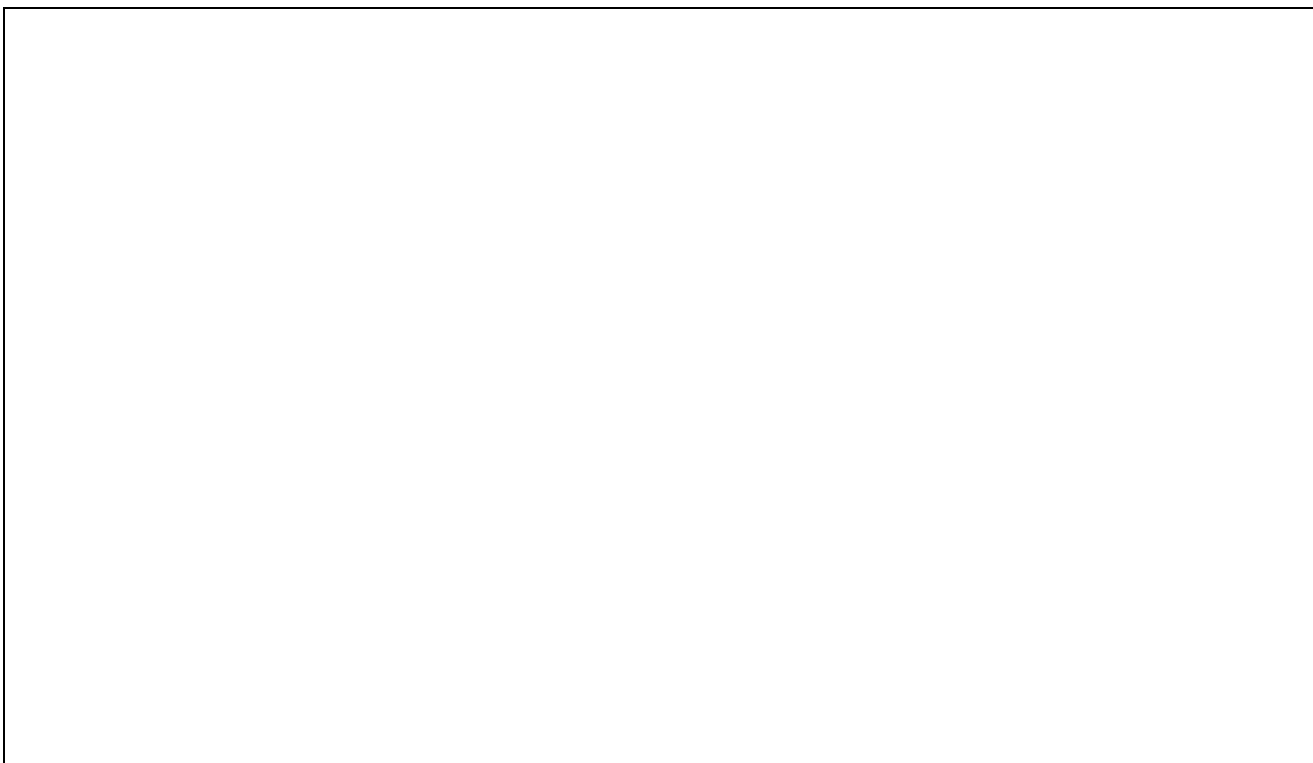
8. ถังดับเพลิง ซึ่งตั้งอยู่ในที่มองเห็นได้ชัดเจน (ติดตั้งทุกชั้น)



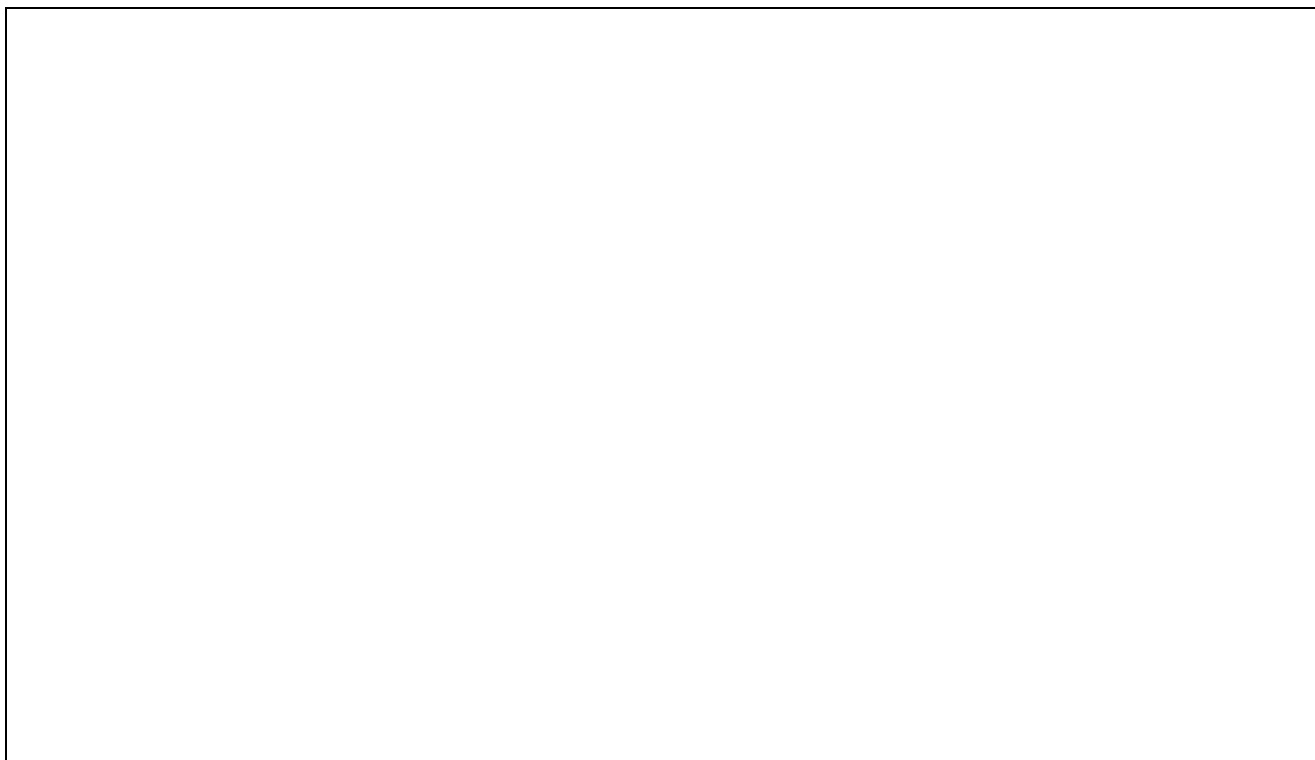
9. ถังขยะทั่วไปและ ถังขยะติดเชื้อ ภายในห้องตรวจโรคหรือห้องให้การรักษา



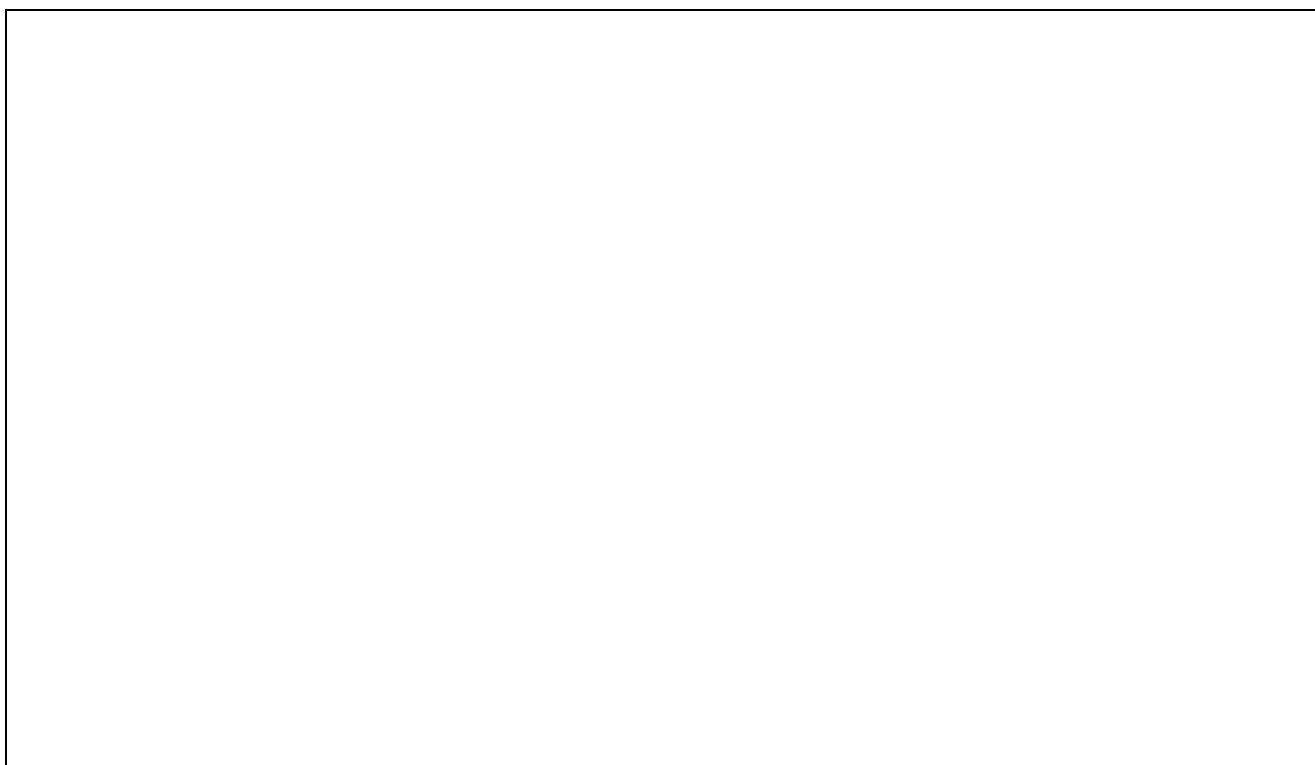
10. ป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล



11. แผ่นป้ายแสดง ชื่อคลินิก ประเภทและลักษณะ เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ



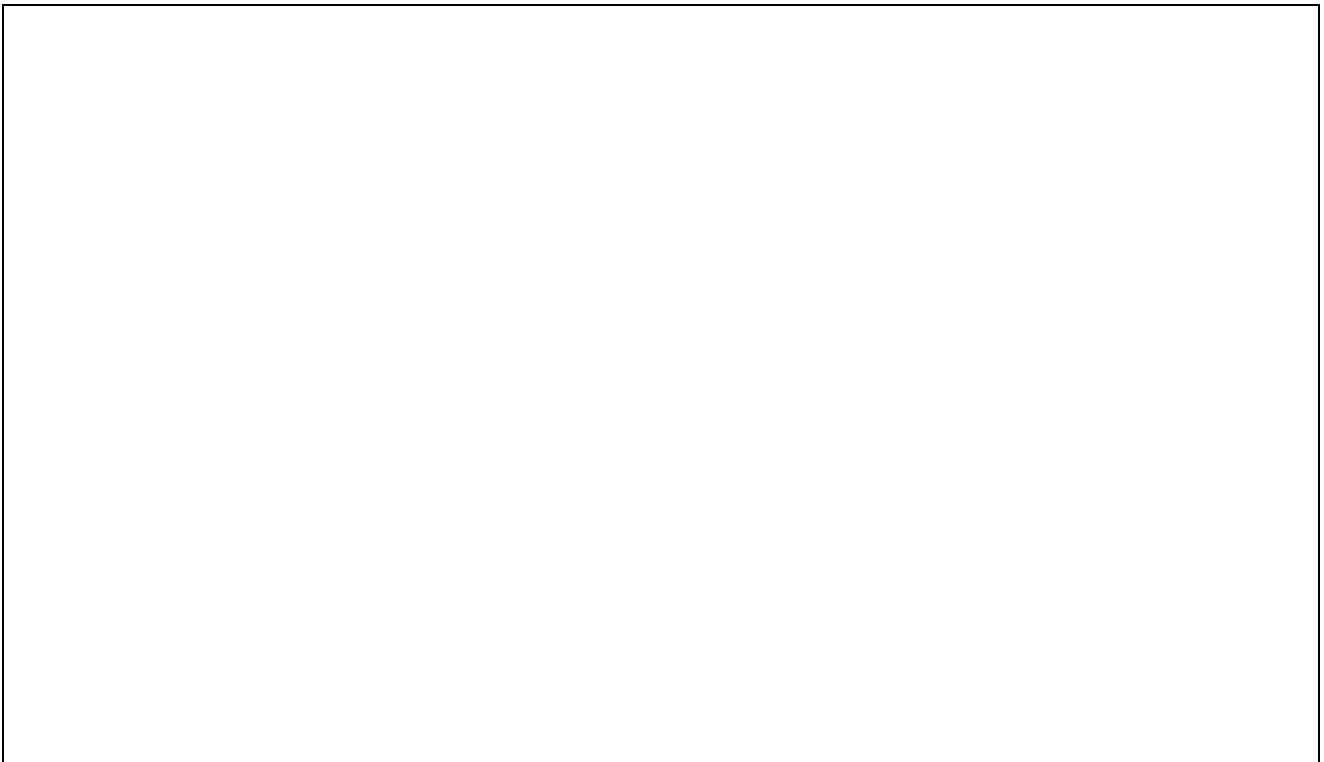
12. ป้ายแสดงข้อมูล วัน-เวลา ที่ให้บริการ
(ข้อมูลตรงตามที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)



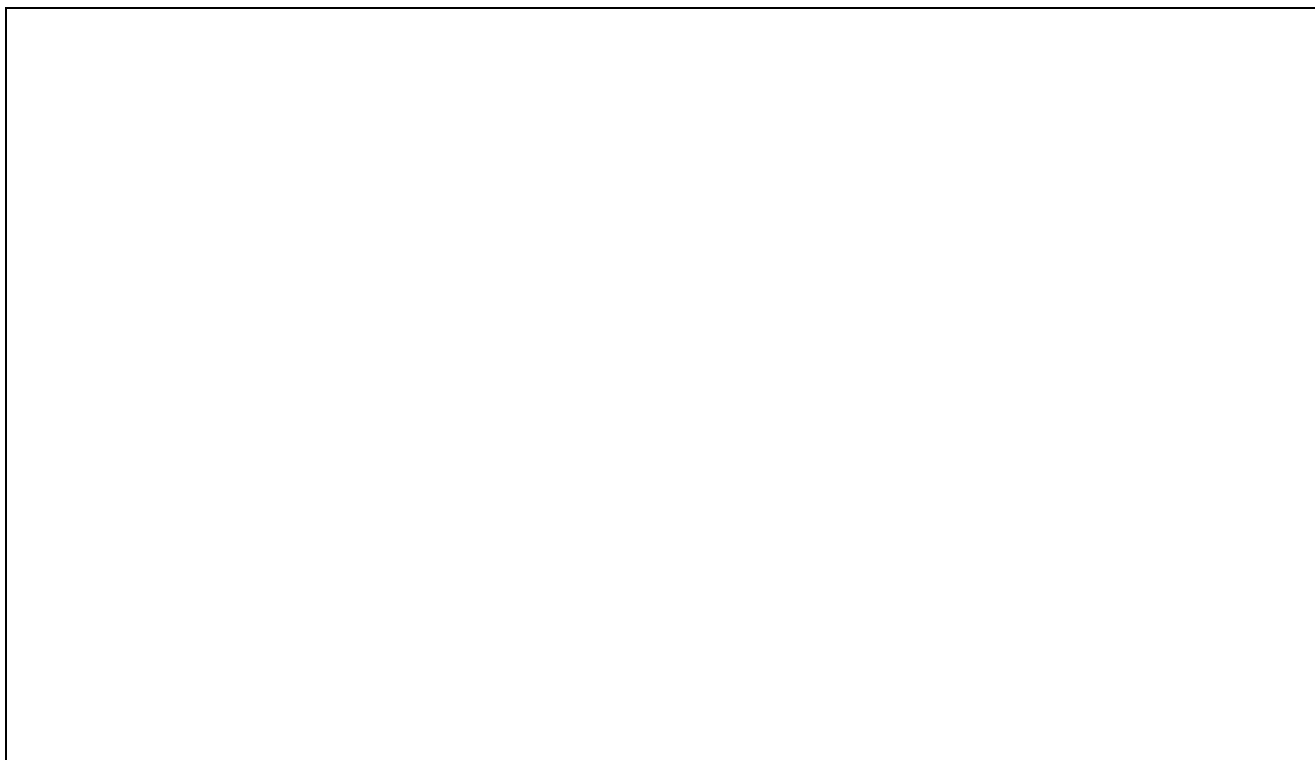
13. แผ่นป้ายแสดงรูปถ่าย และ ชื่อ-สกุลของผู้ประกอบวิชาชีพ
พร้อมระบุเลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ



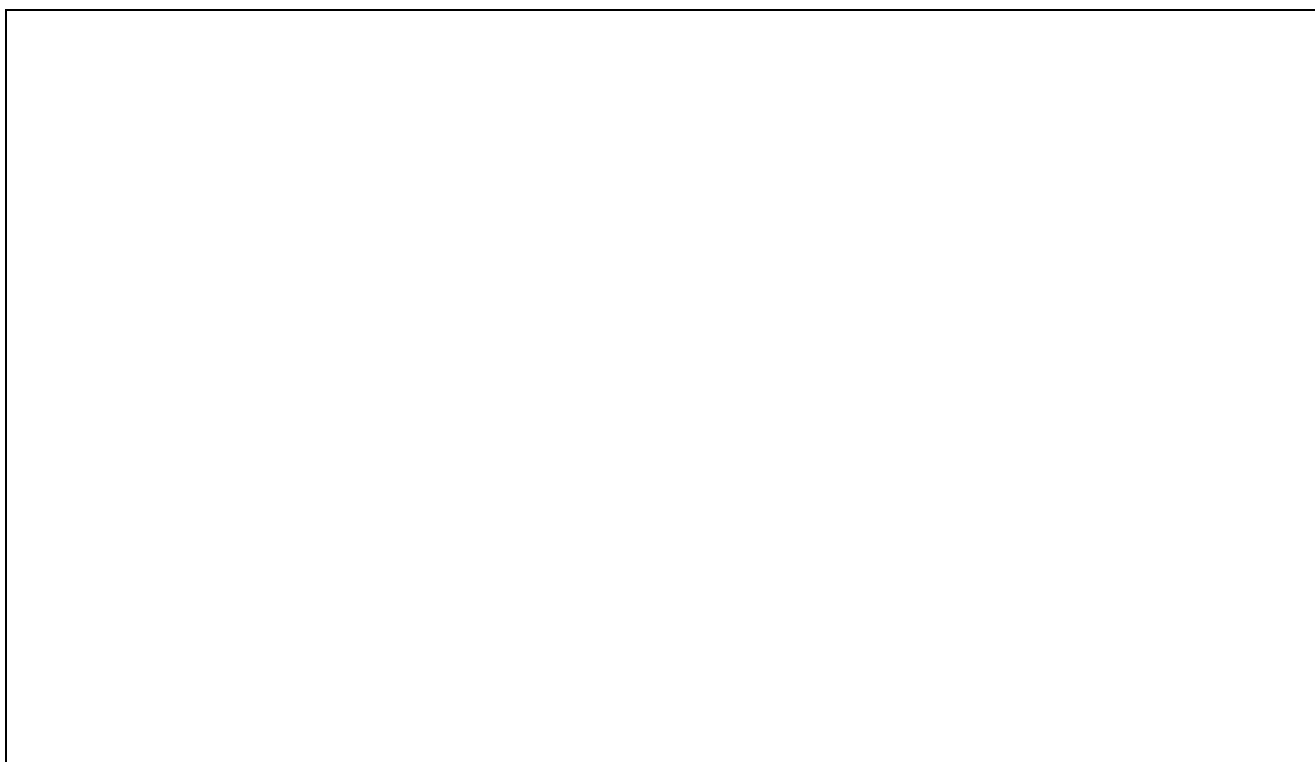
14. การแสดงเอกสารใบอนุญาต และ เอกสารหรือหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม
การประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ สพ.12) (กรณีการตรวจสถานพยาบาลเพื่อต่ออายุประจำปี)



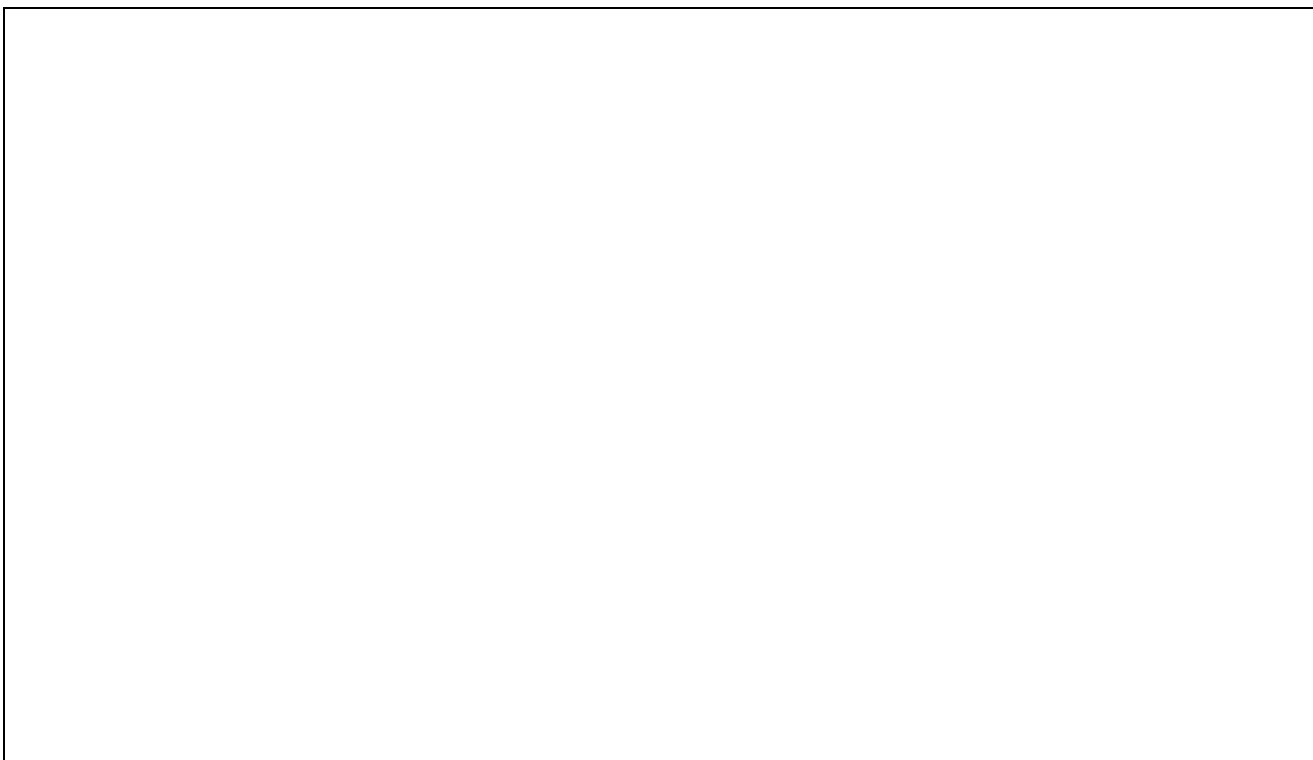
15. ป้ายแสดง อัตราค่าบริการสถานพยาบาล ค่าบริการ



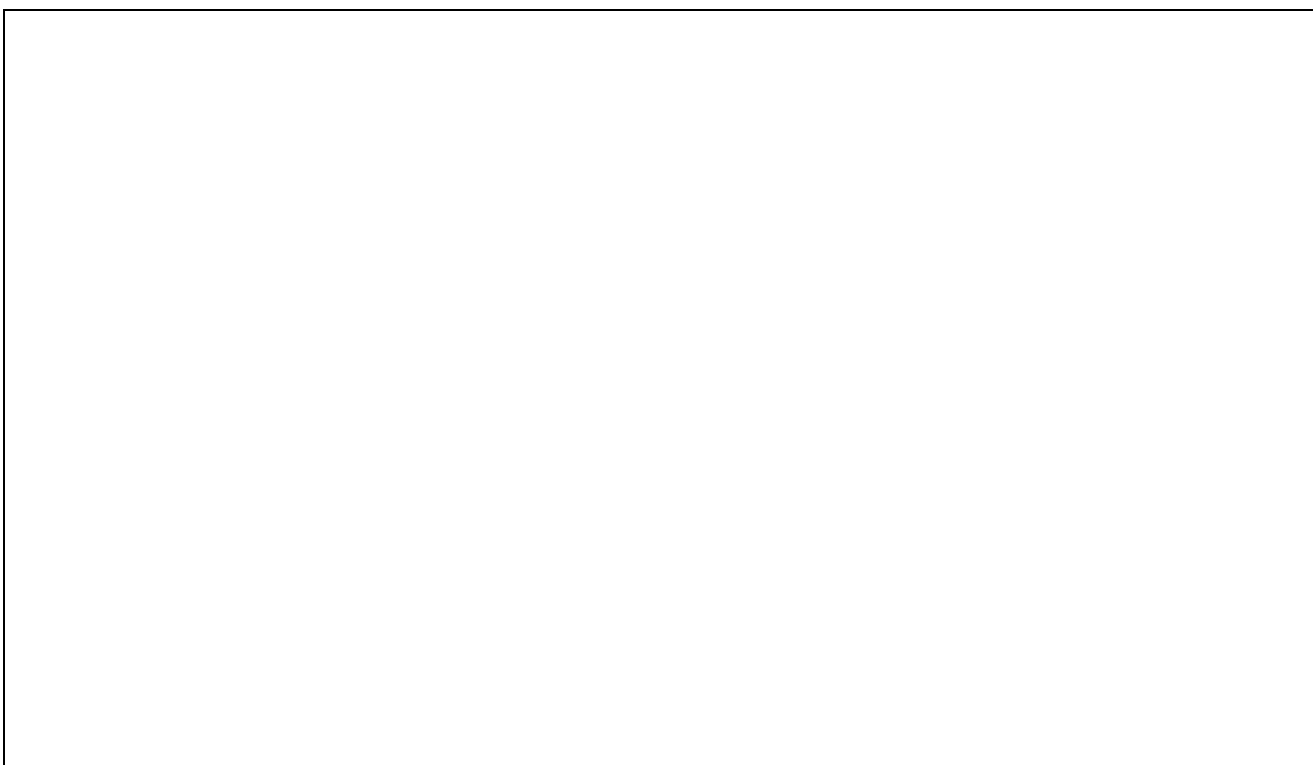
16. ป้ายสอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาล ขนาดตัวอักษรสูงไม่น้อยกว่า 10 เซนติเมตร



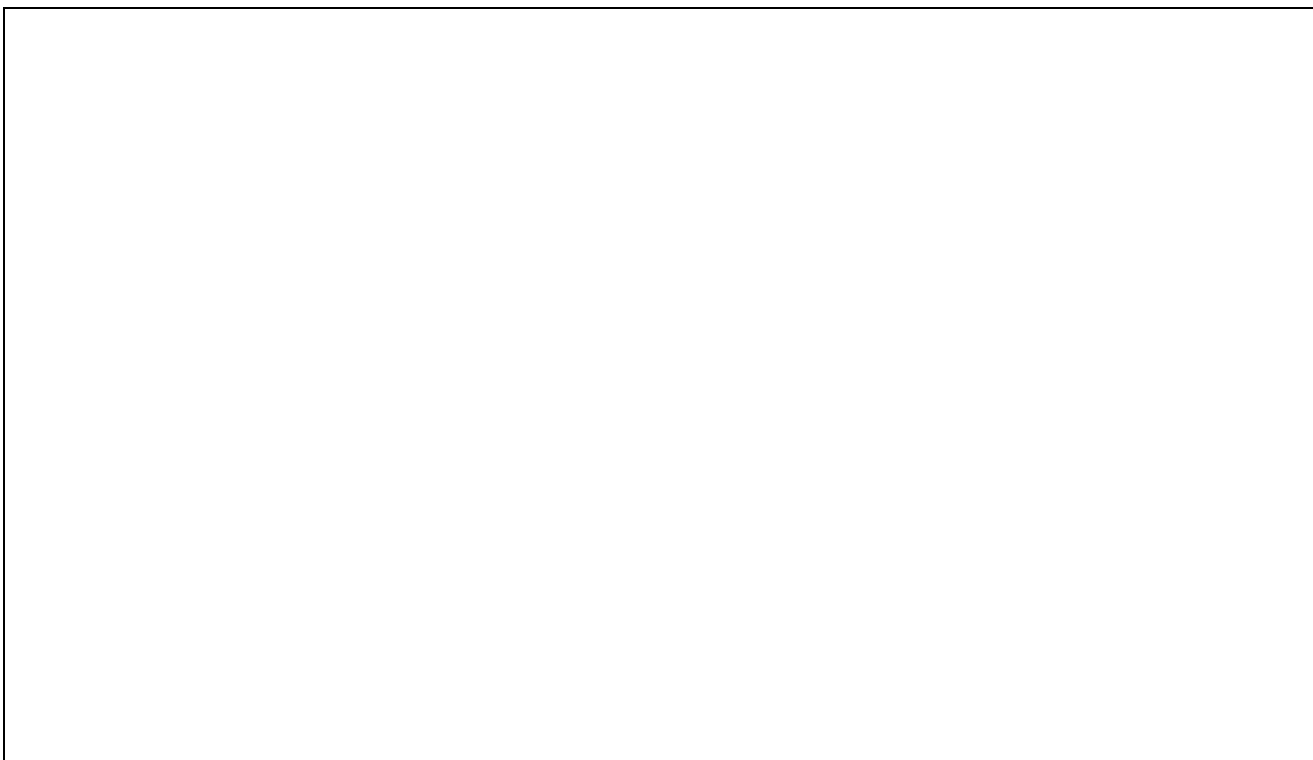
17. ที่เก็บเวชระเบียน



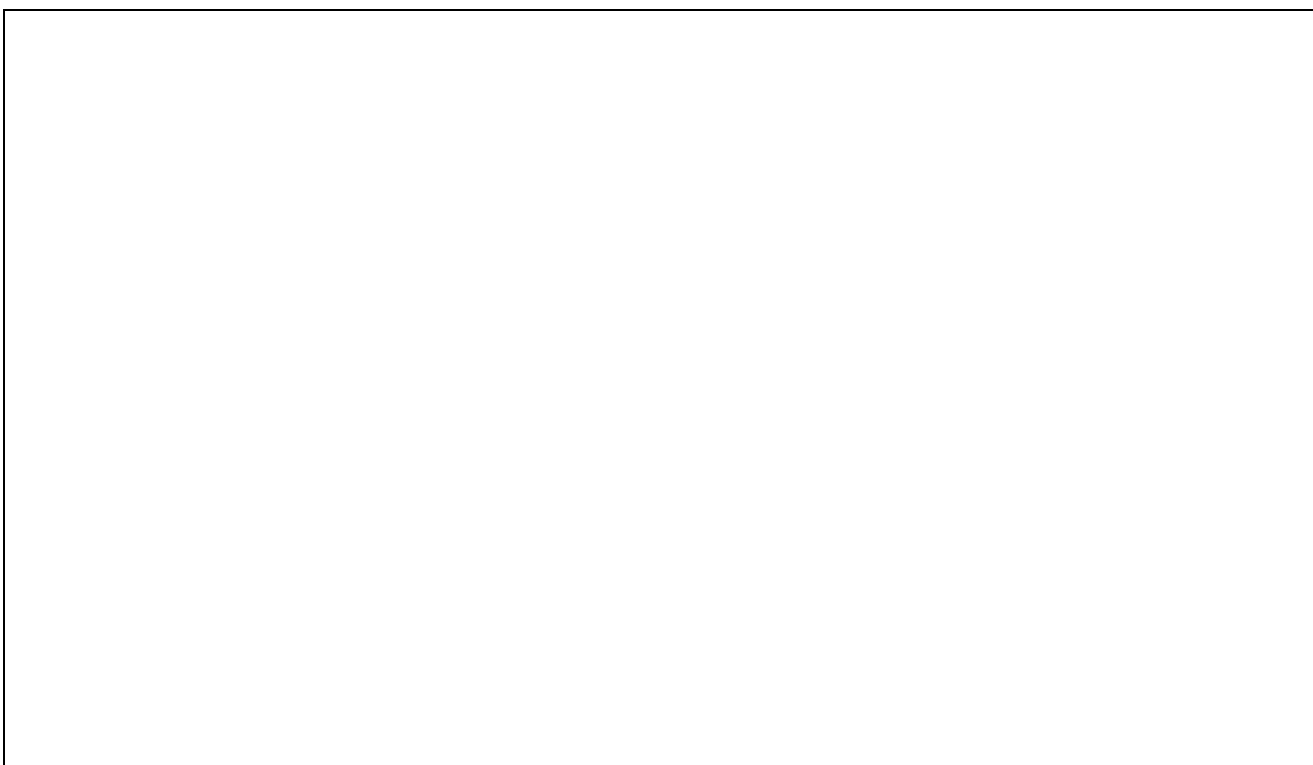
18. ทะเบียนผู้ป่วย, เวชระเบียนหรือบัตรผู้ป่วย



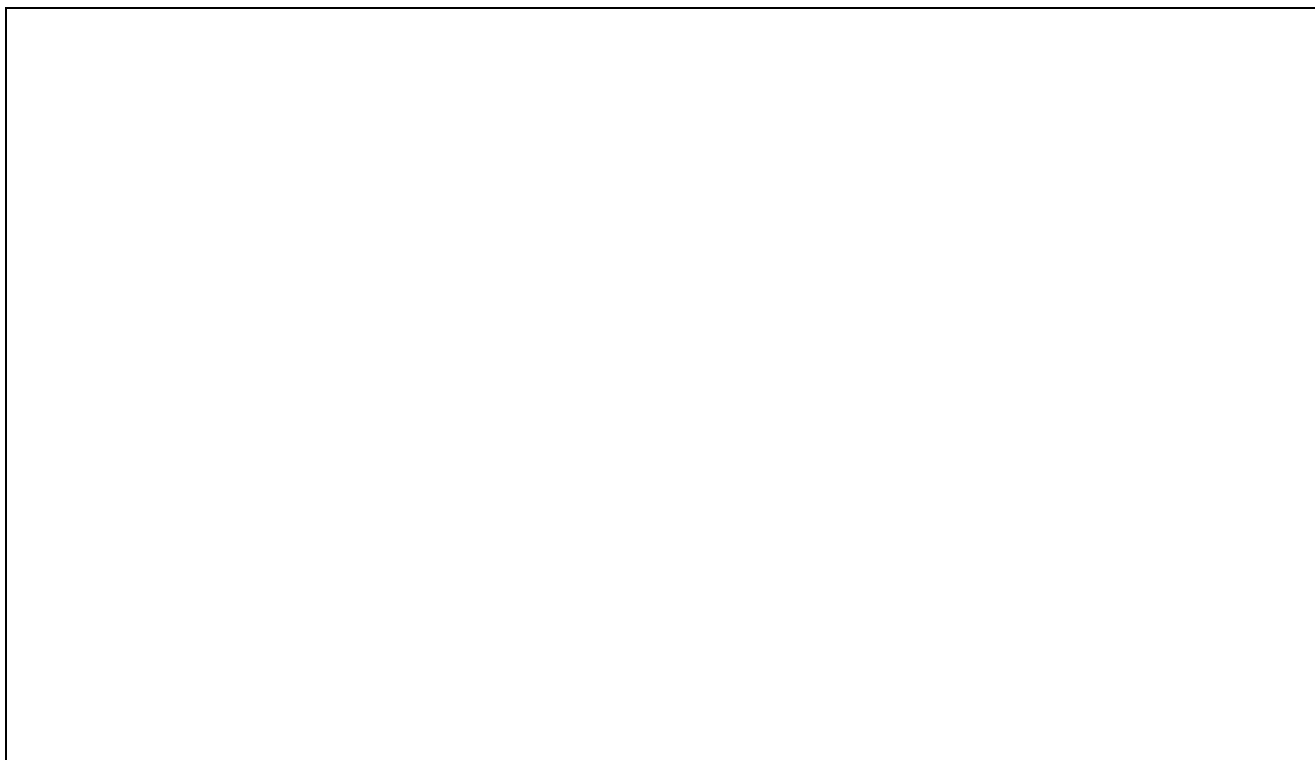
19. ห้องทำฟัน



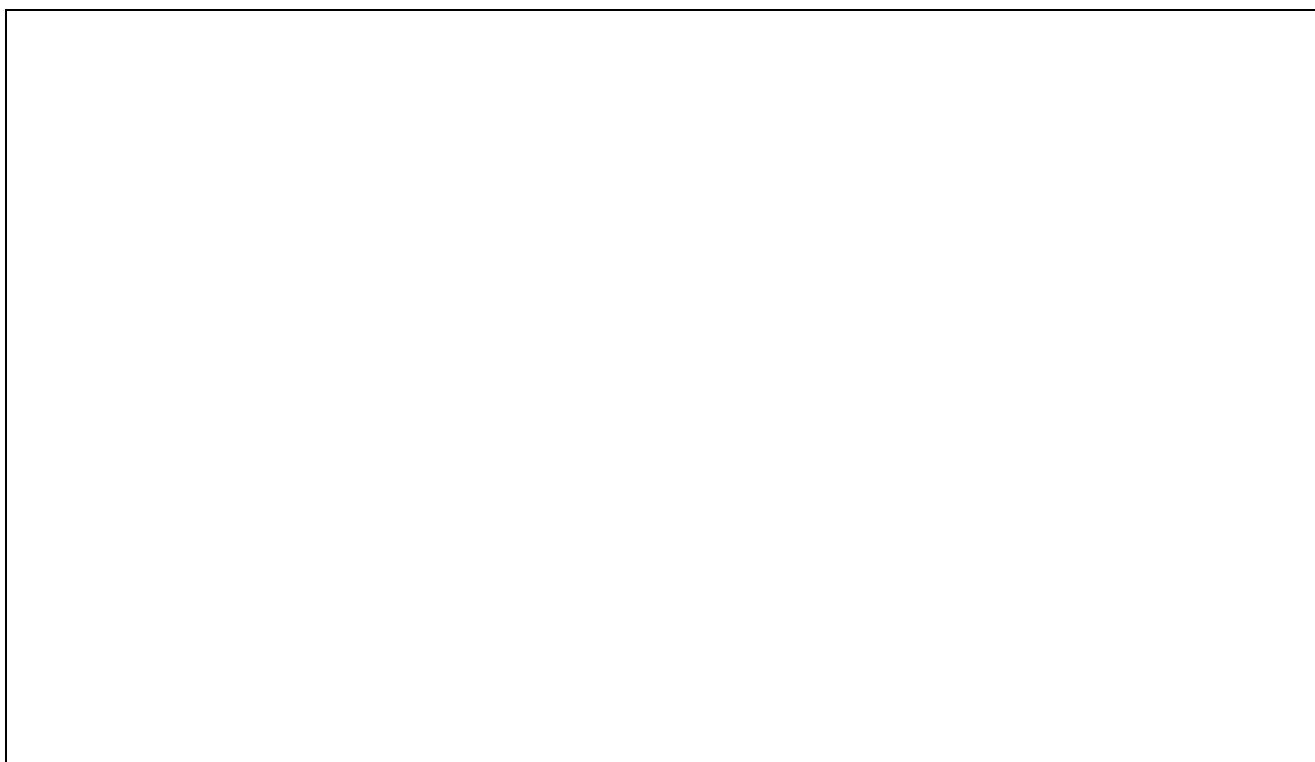
20. เครื่องเอกซเรย์ฟันที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์



21. ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต้องจัดให้มีในคลินิกทันตกรรม



22. ตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์



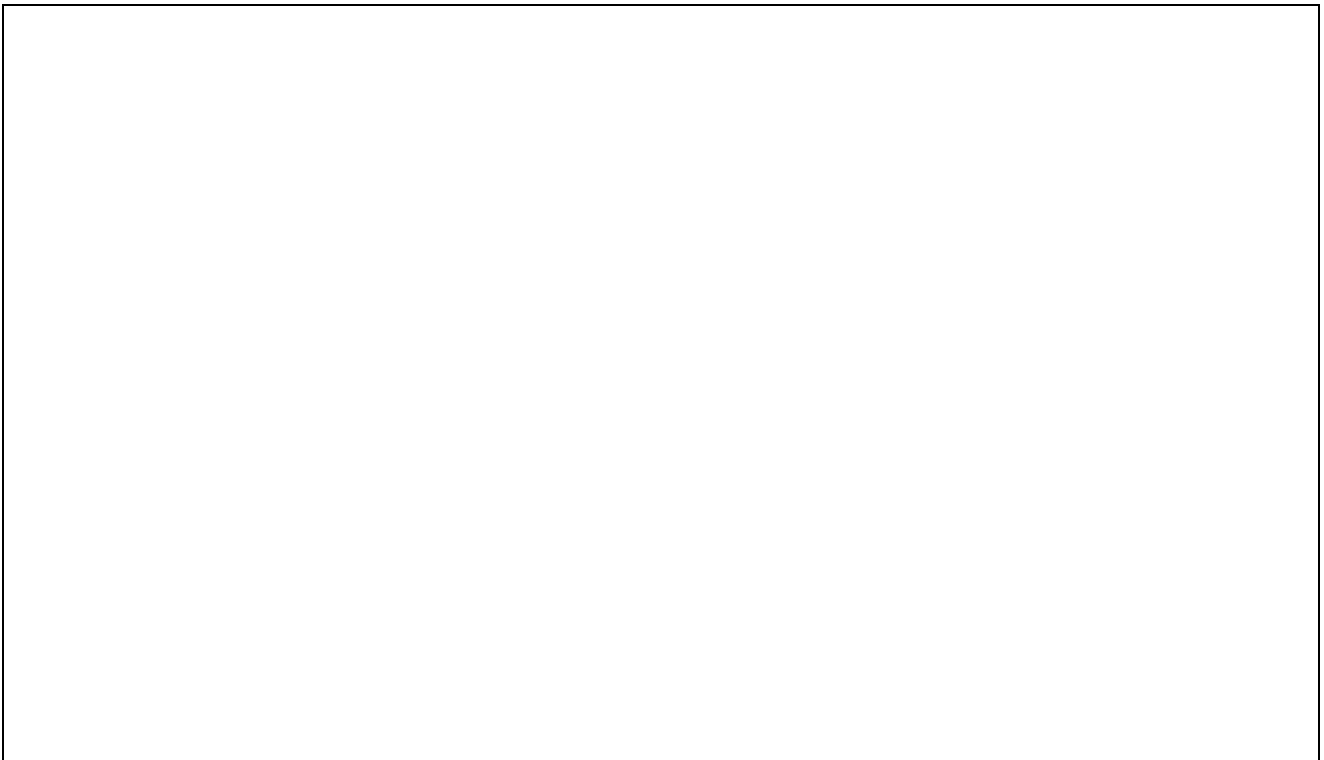
23. อุปกรณ์นับเม็ดยา อย่างน้อย 2 ชุด (สำหรับยาทั่วไปและยาปฏิชีวนะ)

24. ซองยา หรือภาชนะบรรจุยาหรือฉลากติดซองยา ระบุชื่อคลินิก ที่อยู่
ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชื่อยา วิธีใช้ วันเดือนปีที่หมดอายุ

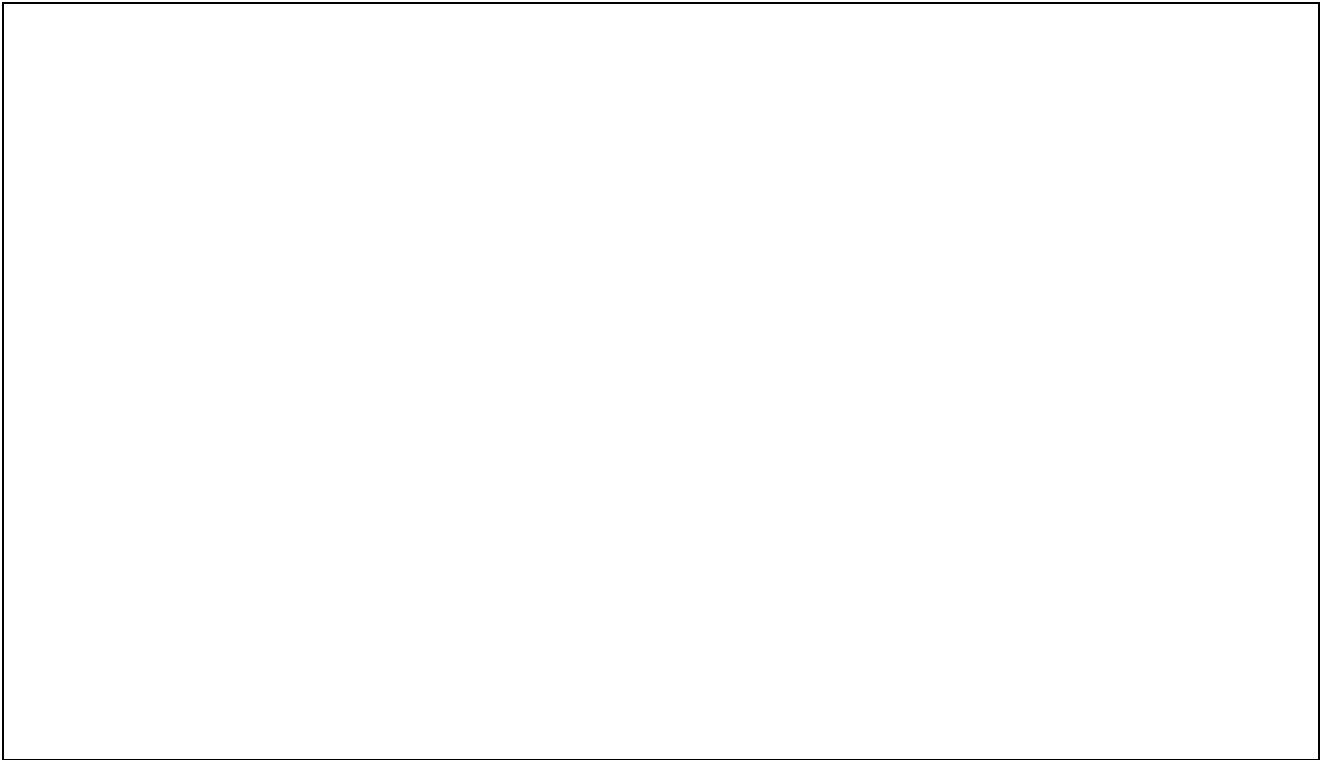
25. ตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น
(กรณีที่มียาหรือเวชภัณฑ์ที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ พร้อมทั้งวัดอุณหภูมิ)



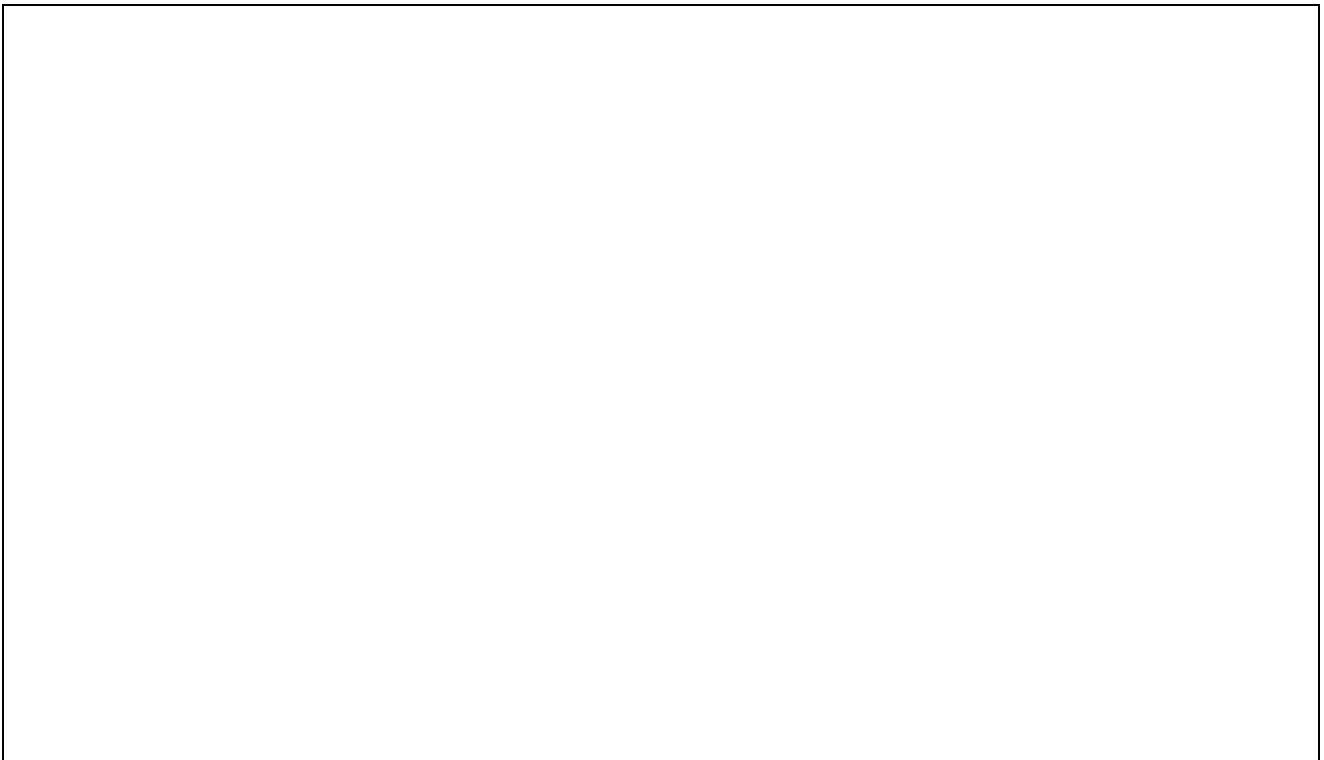
26. หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave)



27. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน ได้แก่ Adrenaline, Steroid injection, Chlorphenilamine injection, Glucose injection, ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ



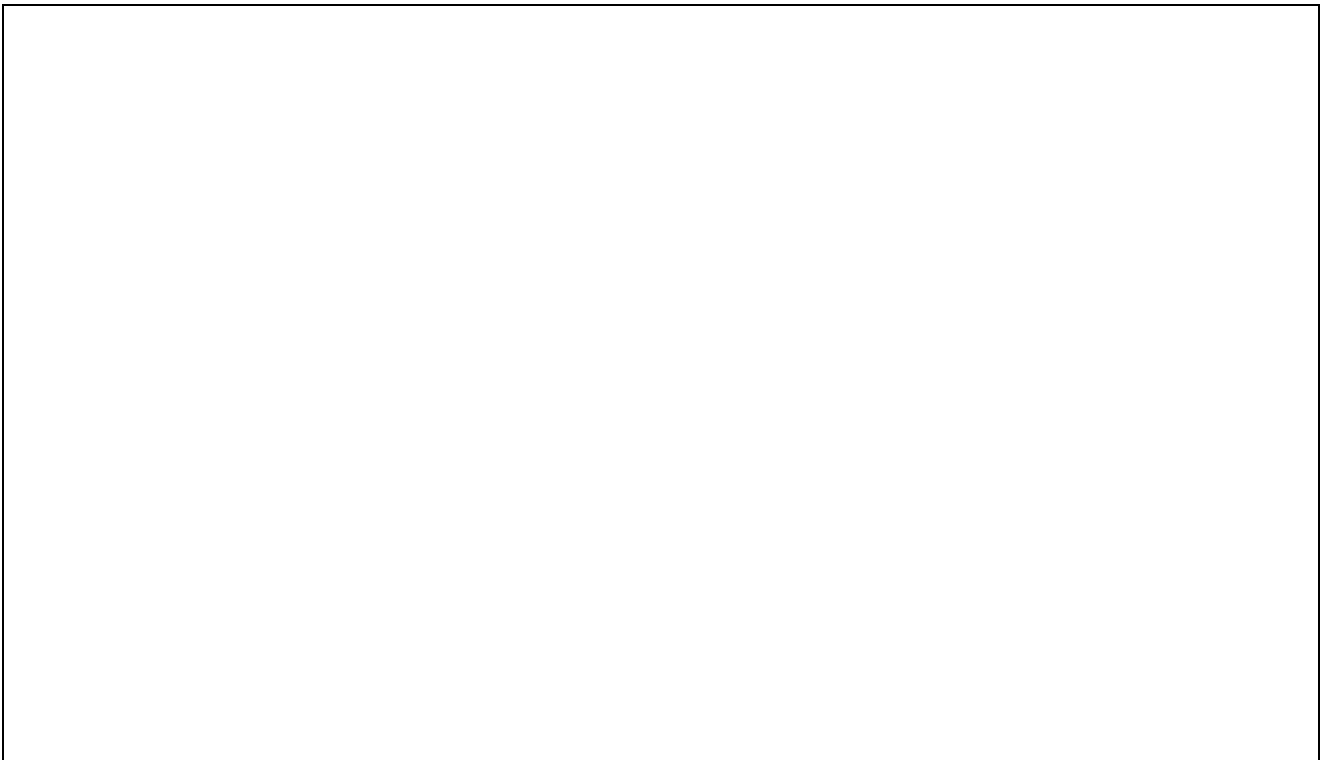
28. ถุงบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ และ Oral Airway



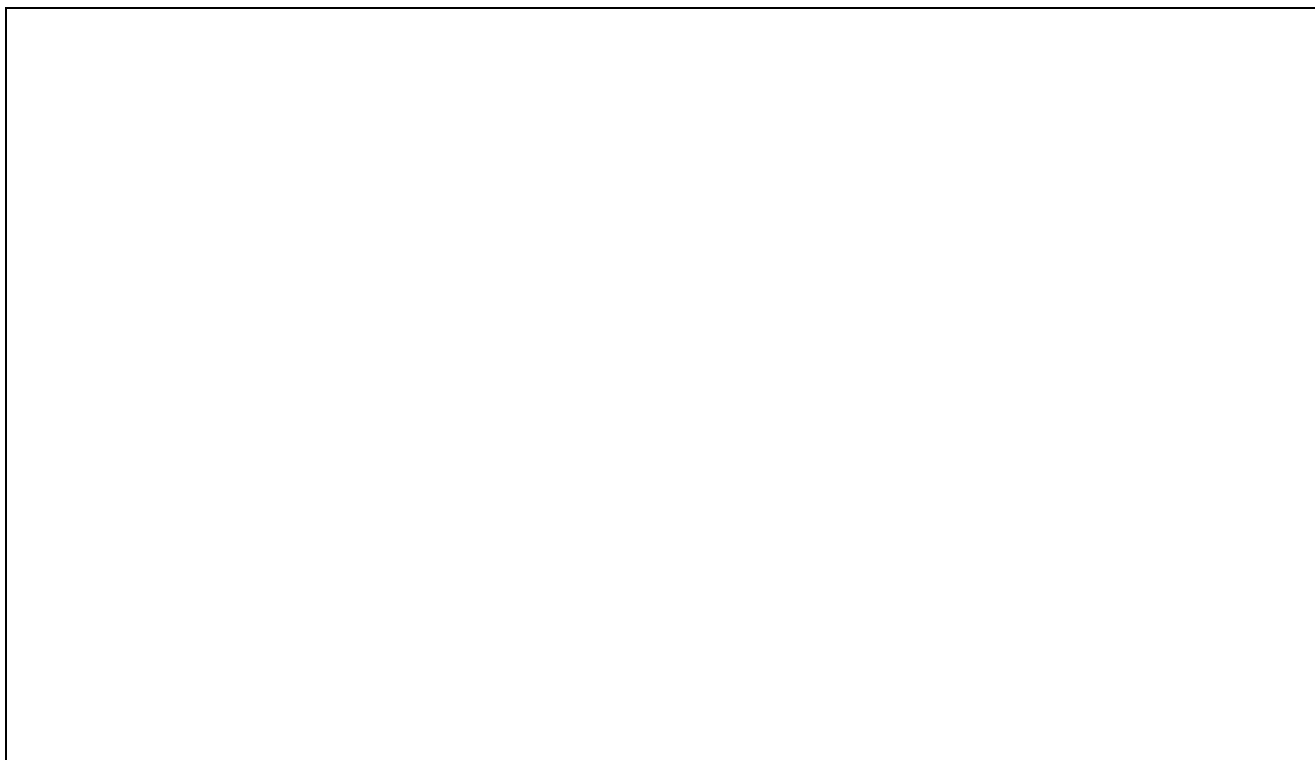
29. NSS 1,000 cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set IV fluid), Medicut หรือเข็มแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้น้ำเกลือ, Disposable Syringe, เข็ม Disposable



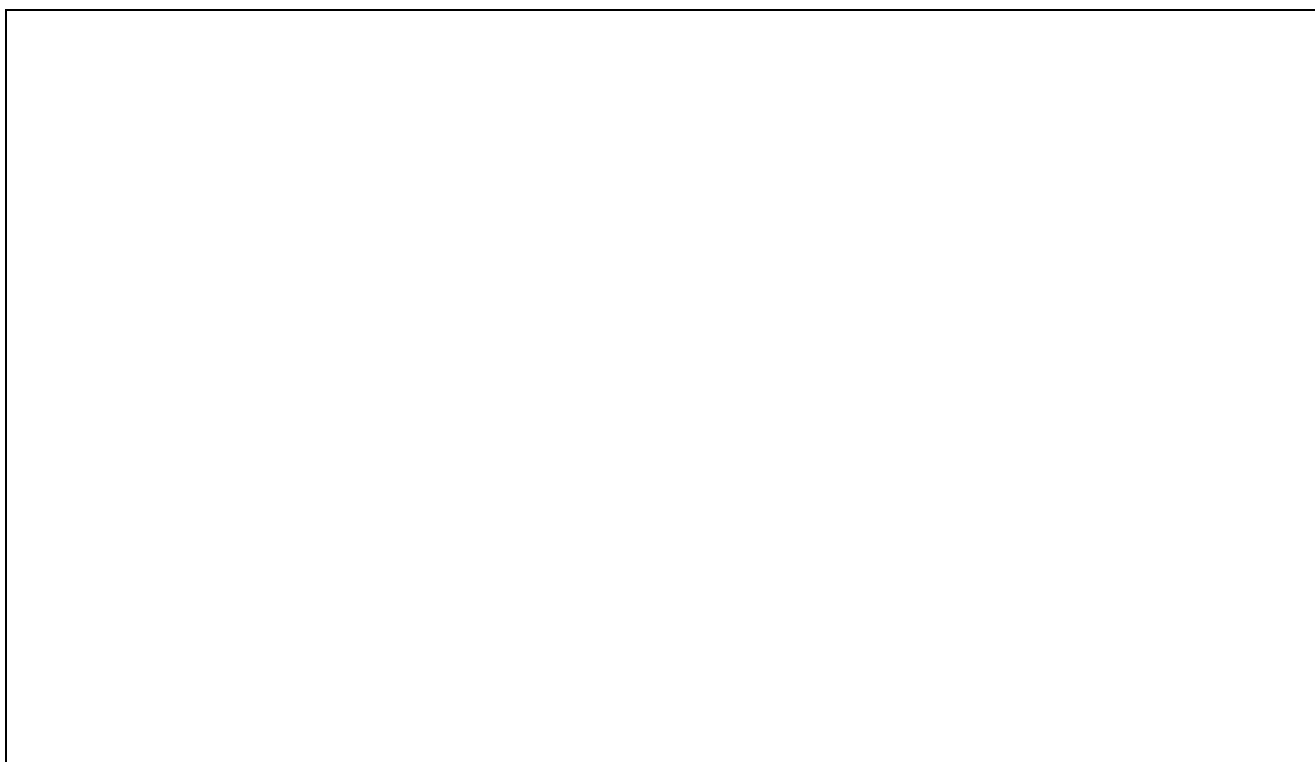
30. เสาคอนกรีตที่เคลื่อนย้ายได้



31. Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง



32. แผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน
พร้อมเบอร์โทรศัพท์ติดต่อโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน



33. แผนและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย