

ข้อมูลสถานพยาบาล

1. ชื่อสถานพยาบาล.....
ใบอนุญาตดำเนินการ เลขที่..... วันหมดอายุ.....
2. ที่ตั้ง เลขที่.....ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล(แขวง).....
อำเภอ(เขต)..... จังหวัด.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
โทรศัพท์เคลื่อนที่(มือถือ)..... โทรศัพท์สายด่วน.....
www. E-mail
แผนที่ตั้งโรงพยาบาล.....
3. สภาพอาคารและสิ่งสนับสนุนการบริการทางการแพทย์
 - 3.1 ลักษณะกายภาพตัวอาคาร (คอนกรีต , ไม้)
 - 3.2 จำนวนอาคาร..... จำนวนชั้น..... ความสูง..... เมตร
(กรณีที่มีมากกว่า 1 อาคาร ให้แจ้งรายละเอียดพร้อมหน้าที่สนับสนุนการบริการแต่ละอาคารแนบท้าย)
 - 3.3 ดาดฟ้าพร้อมทางขึ้นลง (ต้องไม่มีสิ่งขีดขวาง)
มี ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
ศักยภาพการรองรับอากาศยาน (Helicopter)
มี ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
 - 3.4 บันไดปกติ (ตามมาตรฐานทางวิศวกรรม)
ใช่ ไม่ใช่ (ระบุเหตุผล).....
บันไดหนีไฟ (ตามมาตรฐานทางวิศวกรรม)
ใช่ ไม่ใช่ (ระบุเหตุผล).....
 - 3.5 ทางลาดระหว่างชั้นเพื่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
มี ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
 - 3.6 ป้ายบอกทางออกฉุกเฉิน (ทุกอาคาร)
สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ (ระบุเหตุผล).....
 - 3.7 ไฟฉุกเฉิน (ทุกอาคาร)
สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
 - 3.8 ระบบระบายอากาศ (ป้องกันการแพร่กระจายจุลชีพ)
สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
 - 3.9 ระบบความปลอดภัยและแผนการอพยพคน เวลาเกิดเพลิงไหม้ , แผ่นดินไหว
สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
 - 3.10 ความสมบูรณ์และความปลอดภัยของลิฟต์
สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ ไม่มี (ระบุเหตุผล).....

- 3.11 ห้องรับรองญาติผู้ป่วย (OR , ICU , CCU และ BURN UNIT)
 มี ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
 สิ่งสนับสนุนความสะดวก (ชุดรับแขก , พัดลม , เครื่องปรับอากาศ , เครื่องดื่ม , น้ำดื่ม , โทรศัพท์ ,
 นิตยสาร , โทรทัศน์ , วิทยุ/เพลง และ Internet)
 มี (ระบุสิ่งที่มี).....
 ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
- 3.12 ห้องน้ำห้องส้วมทั่วไป (ความสะอาด , เพียงพอ , ความปลอดภัยและแสงสว่าง)
 สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
- 3.13 โรงครัวตามมาตรฐาน Good Manufacturing Practice/ HACCP
 สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
- 3.14 ห้องอาหารตามมาตรฐาน Good Manufacturing Practice/ HACCP
 สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
- 3.15 ระบบบำบัดน้ำเสีย และแผนการจัดการ
 สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
- 3.16 ระบบการจัดการขยะทั่วไป/มีพิษ/อันตราย
 สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ ไม่มี (ระบุเหตุผล).....
- 3.17 แผนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้กับบุคลากรของโรงพยาบาล
 สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ ไม่มี (ระบุเหตุผล).....

4. ประเภทสถานพยาบาล

- สถานพยาบาลเอกชน
- สถานพยาบาลของรัฐ สังกัด.....
- อื่น ๆ (ระบุ)

5. ระดับสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน.....

6. ขนาดสถานพยาบาล

- 6.1 จำนวนเตียงที่ขออนุญาตจัดตั้งและดำเนินการ.....เตียง
- 6.2* จำนวนเตียงที่เปิดบริการจริงในปัจจุบัน.....เตียง
- 6.3 รายละเอียดจำนวนเตียง
- ไม่มีการแยกจำนวนเตียงตามสาขาเวชกรรม
 - มีการแยกจำนวนเตียงตามสาขาเวชกรรม ดังนี้

หอผู้ป่วย	สามัญ	พิเศษ
อายุรกรรม	เตียง	ห้อง
ศัลยกรรม	เตียง	ห้อง
ศัลยกรรมกระดูก	เตียง	ห้อง
จักษุวิทยา	เตียง	ห้อง
สูตินรีเวชกรรม	เตียง	ห้อง
โสต ศอ นาสิกวิทยา	เตียง	ห้อง

หอผู้ป่วย	สามัญ	พิเศษ
กุมารเวชกรรม	เตียง	ห้อง
อื่น ๆ (ระบุ)	เตียง	
รวม	เตียง	
รวมทั้งหมด	เตียง	

7. บริการผู้ป่วยนอก (OPD)

7.1 มีห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั้งหมด จำนวน.....ห้อง

7.2 รายละเอียดห้องตรวจโรค ดังนี้

- ไม่มีการแยกประเภทของห้องตรวจโรค
- มีการแยกประเภทของห้องตรวจโรค ดังนี้

คลินิก	จำนวนห้อง
โรคทั่วไป	
อายุรกรรม	
ศัลยกรรม	
สูตินรีเวชกรรม	
จักษุวิทยา	
ศัลยกรรมกระดูก	
กุมารเวชกรรม	
โสต ศอ นาสิกวิทยา	
อาชีวเวชกรรม	
เวชกรรมฟื้นฟู	
อื่น ๆ (ระบุ)	
รวม	

7.3 ห้องตรวจโรคผู้ป่วยกองทุนเงินทดแทน

- ไม่มีการแยกห้องตรวจโรคสำหรับผู้ป่วยกองทุนเงินทดแทน โดยเฉพาะ
- มีการแยกห้องตรวจโรคสำหรับผู้ป่วยกองทุนเงินทดแทน โดยเฉพาะ
จำนวน.....ห้อง

8. บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER)

8.1 มีเตียงปฐมพยาบาล จำนวน.....เตียง

8.2 มีเตียงสังเกตอาการ จำนวน.....เตียง

8.3 ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน

บุคลากรทางการแพทย์(คน)	RN
บุคลากรทางการแพทย์(คน)	TNG
บุคลากรทางการแพทย์(คน)	PN
บุคลากรทางการแพทย์(คน)	NA
อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญแต่ละชนิด	

9. บริการผู้ป่วยหนัก (ICU)

9.1 มีหอผู้ป่วยหนักทั้งหมด.....หอ มีเตียงผู้ป่วยหนักรวมทั้งหมด.....เตียง
บุคลากร.....คน อุปกรณ์ทางการแพทย์

9.2 รายละเอียดหอผู้ป่วยหนัก

- ไม่มีการแยกหอผู้ป่วยตามสาขาเวชกรรม
- มีการแยกหอผู้ป่วยหนักตามสาขาเวชกรรม ดังนี้

หอผู้ป่วยหนัก	จำนวนเตียง	หอผู้ป่วยหนัก	จำนวนเตียง
General		Neurosurgery	
Medicine		Cardiology	
Surgery		Respiratory	
Pediatrics		New born	
Ob - Gyn.		อื่น ๆ (ระบุ)	
รวม		รวม	

10. บริการห้องผ่าตัด

10.1 มีจำนวนห้องผ่าตัดใหญ่ทั้งหมด.....ห้อง เปิดบริการจริง.....ห้อง

10.2 มีจำนวนห้องผ่าตัดเล็กทั้งหมด.....ห้อง เปิดบริการจริง.....ห้อง

10.3 การผ่าตัดพิเศษอะไรได้บ้าง (ระบุ).....

11. สถิติการใช้บริการของผู้ป่วยกองทุนเงินทดแทน

(ย้อนหลัง 12 เดือน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....)

11.1 ผู้ป่วยนอก

จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่มาใช้บริการ.....คน

จำนวนครั้งของการใช้บริการ.....ครั้ง

ระบุร้อยละเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประกันสังคม (ถ้ามี).....

11.2 ผู้ป่วยใน

จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดที่มาใช้บริการ (ภาพรวมและรายโรค).....คน

ระบุร้อยละเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประกันสังคม (ถ้ามี).....

จำนวนวันนอนเฉลี่ย (ภาพรวมและรายโรค).....วัน

ระบุร้อยละเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประกันสังคม (ถ้ามี).....

อัตราครองเตียงเฉลี่ยต่อวัน (ภาพรวมและรายโรค).....

ระบุร้อยละเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประกันสังคม (ถ้ามี).....

11.3 การตรวจทางรังสีวิทยาผู้ป่วยกองทุนเงินทดแทน

จำนวนการตรวจรังสีวิทยาของบริการผู้ป่วยนอก (ภาพรวมและรายโรค).....คน

ระบุร้อยละเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประกันสังคม (ถ้ามี).....

จำนวนการตรวจทางรังสีวิทยาของบริการผู้ป่วยใน (ภาพรวมและรายโรค).....คน

ระบุร้อยละเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประกันสังคม (ถ้ามี).....

11.4 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยกองทุนเงินทดแทน

จำนวนการส่งต่อทางห้องปฏิบัติการของบริการผู้ป่วยนอก (ภาพรวมและรายโรค).....คน
 ระบุร้อยละเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประกันสังคม (ถ้ามี).....
 จำนวนการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของการผู้ป่วยใน (ภาพรวมและรายโรค).....คน
 ระบุร้อยละเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประกันสังคม (ถ้ามี).....

11.5 การตรวจพิเศษผู้ป่วยกองทุนเงินทดแทน (ห้องปฏิบัติการหรือรังสีวิทยา)

จำนวนตรวจพิเศษของบริการผู้ป่วยนอก (ภาพรวมและรายโรค).....คน
 ระบุร้อยละเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประกันสังคม (ถ้ามี).....
 จำนวนการตรวจพิเศษของบริการผู้ป่วยใน (ภาพรวมและรายโรค).....คน
 ระบุร้อยละเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประกันสังคม (ถ้ามี).....

11.6 การผ่าตัดผู้ป่วยกองทุนเงินทดแทน

จำนวนการผ่าตัดเล็กของบริการผู้ป่วยนอก (ภาพรวมและรายโรค).....ครั้ง
 ระบุร้อยละเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประกันสังคม (ถ้ามี).....
 จำนวนการผ่าตัดใหญ่ของบริการผู้ป่วยใน (ภาพรวมและรายโรค).....ครั้ง
 ระบุร้อยละเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประกันสังคม (ถ้ามี).....

11.7 ผู้ป่วยกองทุนเงินทดแทน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มาใช้บริการ (ภาพรวมและรายโรค).....คน
 ระบุร้อยละเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประกันสังคม (ถ้ามี).....
 จำนวนครั้งของการใช้บริการ (ภาพรวมและรายโรค).....ครั้ง
 ระบุร้อยละเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประกันสังคม (ถ้ามี).....

11.8 การส่งต่อผู้ป่วยกองทุนเงินทดแทน

จำนวนครั้งของการส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่นหรือ supracontractors (ภาพรวมและรายโรค)
ครั้ง
 ระบุร้อยละเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประกันสังคม (ถ้ามี).....
 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยขอย้ายไปสถานพยาบาลอื่น (ภาพรวมและรายโรค).....ครั้ง
 ระบุร้อยละเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประกันสังคม (ถ้ามี).....

12. * จำนวนบุคลากร

(สำรวจข้อมูล ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

ประเภท	Full time	Part time
12.1 แพทย์		
อายุรแพทย์ทั่วไป		
ศัลยแพทย์ทั่วไป		
ศัลยแพทย์ตกแต่ง		
ศัลยแพทย์กระดูก		
แพทย์จุลศัลยกรรม		
ศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ		
สูติ-นรีแพทย์		

ประเภท	Full time	Part time
รังสีแพทย์		
วิสัญญีแพทย์		
โสต ศอ นาสิกแพทย์		
แพทย์เวชกรรมฟื้นฟู		
แพทย์อายุรเวชกรรม		
จักษุแพทย์		
แพทย์ตจวิทยา (ผิวหนัง)		
แพทย์นิติเวช		
กุมารแพทย์		
ทันตแพทย์		
อื่น ๆ (ระบุ)		
12.2 พยาบาล		
พยาบาลวิชาชีพ		
พยาบาลวิสัญญี		
พยาบาลวิฤติ		
พยาบาลอาชีวอนามัย		
พยาบาลสาขาอื่น ๆ (ให้ละเอียด)		
พยาบาลเทคนิค		
ผู้ช่วยพยาบาล (PN.)		
พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้		
12.3 เภสัชกรรม		
เภสัชกร		
ผู้ช่วย/เจ้าหน้าที่/พนักงานเภสัชกร		
เจ้าหน้าที่ รพ.ฝึกอบรมเอง		
12.4 เจ้าหน้าที่รังสีวิทยา		
นักรังสีการแพทย์ (ปริญญา)		
เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ (หลักสูตร 2 ปี)		
เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ (หลักสูตร 1 ปี)		
เจ้าหน้าที่ รพ.ฝึกอบรมเอง		
12.5 เจ้าหน้าที่ชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ		
นักเทคนิคการแพทย์ (ปริญญาตรี)		
เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ (หลักสูตร 2 ปี)		
เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ (หลักสูตร 1 ปี)		
เจ้าหน้าที่ รพ.ฝึกอบรมเอง		

ประเภท	Full time	Part time
12.6		
เจ้าหน้าที่เวชสถิติ		
เจ้าหน้าที่เวชสถิติ (ปริญญาตรี)		
เจ้าหน้าที่ที่ผ่านหลักสูตรเวชสถิติ 2 ปี		
เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชสถิติระยะสั้น		
12.7		
เจ้าหน้าที่จัดการระบบสารสนเทศ (ปริญญาตรี)		
ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่จัดการระบบสารสนเทศ		
12.8		
เจ้าหน้าที่โภชนากร (ปริญญาตรี)		
ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่โภชนากร		
12.9		
เจ้าหน้าที่นักกายภาพบำบัด (ปริญญาตรี)		
ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่นักกายภาพบำบัด		

หมายเหตุ บุคลากรในข้อ 12 ให้แนบสำเนาคุณวุฒิ (ปริญญา , วุฒิบัตร , หนังสืออนุมัติ , ประกาศนียบัตร)

13. การพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาล

โรงพยาบาลได้รับการรับรองการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

- 13.1 ISO ด้าน..... เดือน.....พ.ศ. อยู่ระหว่างดำเนินการ
- 13.2 HA ระดับ..... เดือน.....พ.ศ. อยู่ระหว่างดำเนินการ
- 13.3 JCI เดือน.....พ.ศ. อยู่ระหว่างดำเนินการ
- 13.4 ผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาล เดือน.....พ.ศ.
- 13.5 ผ่านการรับรองจากสภาเภสัชกรรม เดือน.....พ.ศ.
- 13.6 ผ่านการรับรองจากสภาเทคนิคการแพทย์ เดือน.....พ.ศ.
- 13.7 อื่น ๆ

14. ข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมประเมินขององค์กรต่าง ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. การพัฒนาศักยภาพบุคคลากร

แผนพัฒนาศักยภาพของบุคลากร.....

.....

.....

.....

.....

16. ตัวชี้วัด (3 ปีย้อนหลัง)

.....
.....
.....
.....

17. มีแนวทางปฏิบัติในกลุ่มโรคที่สำคัญ เช่น CPG , CNPG , WI เป็นต้น

.....
.....
.....
.....

18. มีคณะกรรมการของพัฒนา คุณภาพเวชระเบียน

มี ไม่มี

19. การดำเนินการขององค์กรแพทย์

มี ไม่มี

20. ถ้ามีในข้อ 19 ได้ดำเนินการอะไรบ้าง

.....
.....
.....
.....