



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

## แบบบันทึกการตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เวลา.....น.

### ผู้นำตรวจประเมิน

ผู้ตรวจประเมิน.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

### ผู้ตรวจประเมิน

ผู้ตรวจประเมิน.....ตำแหน่ง.....

ผู้ตรวจประเมิน.....ตำแหน่ง.....

ผู้ตรวจประเมิน.....ตำแหน่ง.....

### ผู้ร่วมตรวจประเมิน

๑) ชื่อ.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๒) ชื่อ.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๓) ชื่อ.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๔) ชื่อ.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๕) ชื่อ.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

### ข้อมูลทั่วไป

ชื่อสถานประกอบการ .....สถานที่ตั้งเลขที่ .....

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

พื้นที่บริการ .....ตารางเมตร

ชื่อผู้ประกอบการ.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ประเภทกิจการ  สปา  นวดเพื่อสุขภาพ  นวดเพื่อเสริมความงาม  กิจกรรมอื่น ระบุ.....

### ใบอนุญาต

ทะเบียนเลขที่.....เมื่อวันที่.....ออกโดย.....

ตารางบันทึกการตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ (Post Audit)

มาตรฐานสถานประกอบการ	ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ผลการตรวจประเมิน		ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
<b>ด้านสถานที่</b>				
<p>๑. ชื่อสถานประกอบการ ต้องดำเนินการ ดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๑ ต้องเป็นอักษรภาษาไทย</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๒ ไม่มีลักษณะโอ้อวดเกินความจริง หรือทำให้เข้าใจว่ามีการบำบัดรักษาโรค</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๓ ไม่สื่อความหมายในทางลามก อนาจาร หรือขัดต่อความสงบเรียบร้อย ขนบธรรมเนียม ศีลธรรมอันดีงาม</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๔ ไม่อ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาตหรือพระราชานุญาต</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๕ ภายในจังหวัดเดียวกัน ชื่อต้องไม่ซ้ำกัน ยกเว้นเป็นผู้ประกอบการเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกันหรือมีหนังสือยินยอมจากผู้รับใบอนุญาตรายเดิม จึงสามารถให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษรหรือหมายเลขเรียงลำดับหรือที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อนั้น</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๖ แผ่นป้ายชื่อตรงตามประเภทกิจการที่ขออนุญาต</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๗ หากมีชื่อภาษาต่างประเทศ ขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรไทย</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๘ ติดป้ายชื่อไว้ด้านหน้าอาคารที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน</p>				
<p>๒. ลักษณะทั่วไปของสถานประกอบการ ต้องดำเนินการ ดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ๒.๑ ถ้ามีกิจการอื่นอยู่ในอาคารเดียวกันต้องแบ่งเขตพื้นที่ให้ชัดเจน (และต้องไม่ใช่สถานบริการ)</p> <p><input type="checkbox"/> ๒.๒ ถ้าสถานประกอบการมีบริการหลายประเภท ต้องแบ่งแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒.๓ พื้นที่ภายในสถานประกอบการต้องไม่มีช่องทางที่ผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการไปมาหาสู่กับสถานบริการ.</p> <p><input type="checkbox"/> ๒.๔ ถ้ามีการใช้น้ำในการให้บริการ พื้นผิวต้องทำด้วยวัสดุกันลื่น</p> <p><input type="checkbox"/> ๒.๕ พื้นที่ให้บริการต้องมีแสงสว่างและการระบายอากาศที่เพียงพอ และไม่มีการกั้นอับ</p> <p><input type="checkbox"/> ๒.๖ บริเวณให้บริการเฉพาะบุคคลต้องไม่มีติดชิดหรือลับตาจนเกินไป</p> <p><input type="checkbox"/> ๒.๗ มีการจัดการขยะมูลฝอยสิ่งปฏิกูลและน้ำเสียที่เหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> ๒.๘ มีระบบการควบคุมพาหะนำโรคตามหลักสุขาภิบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ๒.๙ การตกแต่งสถานที่ ต้องไม่ทำให้เสื่อมเสียศีลธรรมหรือขัดต่อวัฒนธรรมและประเพณีอันดี</p>				

มาตรฐานสถานประกอบการ	ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ผลการตรวจประเมิน		ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
<p>๓.สถานประกอบการต้องจัดให้มี</p> <p><input type="checkbox"/> ห้องส้วม อ่างล้างมือ ห้องผลัดเปลี่ยนเสื้อผ้า ตู้เก็บเสื้อผ้า ที่ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัยเพียงพอ และต้องแยกส่วน สำหรับชายและหญิง</p>				
<b>ด้านความปลอดภัย</b>				
<input type="checkbox"/> ๑.มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่พร้อมใช้งาน				
<input type="checkbox"/> ๒.มีป้ายหรือข้อความเตือนผู้รับบริการให้ระมัดระวังอันตรายบริเวณที่เสี่ยง				
<input type="checkbox"/> ๓.หากมีบริการที่ใกล้ชิดกับใบหน้าผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ต้องใส่หน้ากากอนามัย				
<input type="checkbox"/> ๔.มีระบบการเก็บและป้องกันการติดเชื้อจากขยะมูลฝอยที่ถูกสุขลักษณะ				
<input type="checkbox"/> ๕.มีระบบสัญญาณเตือนเพลิงไหม้ และติดตั้งเครื่องดับเพลิง ณ บริเวณเข้าออกหลัก อย่างน้อย ๑ เครื่อง				
<p>๖. การบริการเกี่ยวกับการอบไอน้ำ อบชามาน้ำ อ่างน้ำวน บ่อน้ำร้อนหรือน้ำเย็น ตลอดจนอุปกรณ์หรือบริการอื่นใดที่มีการใช้ความร้อนหรือความเย็น ต้องจัดให้มี</p> <p><input type="checkbox"/> ๖.๑ มีผู้ให้บริการที่มีความรู้ ความเข้าใจและความชำนาญ รับผิดชอบตรวจตรา ดูแล การใช้อุปกรณ์</p> <p><input type="checkbox"/> ๖.๒ มีระบบฉุกเฉินที่สามารถหยุดการทำงานของอุปกรณ์ได้</p> <p><input type="checkbox"/> ๖.๓ มีเครื่องวัดอุณหภูมิ เครื่องควบคุมอุณหภูมิอัตโนมัติ หรือเครื่องตั้งเวลา</p> <p><input type="checkbox"/> ๗.ต้องระมัดระวังผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงจากอายุ และโรคประจำตัว</p>				
<b>ด้านการให้บริการ</b>				
<p><input type="checkbox"/> ๑. การบริการต้องไม่ฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ และการสาธารณสุข กฎหมายว่าด้วยสถานบริการหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ๒. ต้องแสดงรายการการให้บริการและอัตราค่าบริการไว้ในที่เปิดเผยและมองเห็นได้ง่ายหรือตรวจสอบได้ และต้องไม่จัดให้มีบริการอื่นใดที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> ๓. มีเครื่องแบบสำหรับผู้ให้บริการที่สะอาด สุภาพ รัดกุม และมีป้ายชื่อผู้ให้บริการติดบริเวณหน้าอก</p> <p><input type="checkbox"/> ๔. กำหนดเวลาเปิดและปิดของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามที่ขออนุญาต</p>				

มาตรฐานสถานประกอบการ	ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ผลการตรวจประเมิน		ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
<p><b>กิจการสปา จะต้องจัดให้มี ดังนี้</b></p> <p><input type="checkbox"/> ๑ มีผู้ดำเนินการสปา จำนวน.....คน ชื่อ.....ใบอนุญาตเลขที่..... ชื่อ.....ใบอนุญาตเลขที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ๒ มีห้องอาบน้ำ แยกส่วน ชาย หญิง</p> <p><input type="checkbox"/> ๓ มีระบบคัดกรองผู้รับบริการที่อาจมีความเสี่ยงต่อการใช้บริการ</p> <p><input type="checkbox"/> ๔ มีการดูแลและควบคุมคุณภาพน้ำที่ใช้สำหรับให้บริการ ให้มีคุณสมบัติทางเคมีที่ปลอดภัยและไม่เป็นแหล่งแพร่เชื้อ</p> <p><input type="checkbox"/> ๕ ทะเบียนประวัติผู้รับบริการ</p> <p><input type="checkbox"/> ๖ มีการทำความสะอาดอุปกรณ์และเครื่องมือทุกชนิด อย่างถูกสุขลักษณะ</p>				
<b>การปฏิบัติตามกฎหมาย</b>				
<p><b>๑.ผู้รับอนุญาต</b></p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๑ ประกอบกิจการตรงตามประเภทของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ระบุไว้ในใบอนุญาตประกอบกิจการเพื่อสุขภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๒ แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไว้ในที่เปิดเผย/เห็นได้ง่าย</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๓ จัดให้มีผู้ดำเนินการอยู่ประจำสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตลอดเวลาทำการ พร้อมทั้งแสดงชื่อผู้ดำเนินการไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๔ จัดทำทะเบียนประวัติผู้ดำเนินการและผู้ให้บริการ</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๕ รักษามาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการให้เป็นไปตามที่ได้รับอนุญาต</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๖ รับผู้ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการตามมาตรา ๒๒ เท่านั้นเข้าทำงานในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๗ ไม่โฆษณาอันเป็นเท็จ โอ้อวดเกินจริง โอ้อวดสรรพคุณการบริการ อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์และเครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการให้บริการ และ ไม่มีลักษณะส่อไปทางลามกอนาจาร/ผิดศีลธรรมอันดี</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๘ ควบคุมดูแลไม่ให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อาศัยในบริเวณใกล้เคียง</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๙ ควบคุมดูแลมิให้มีการจัดสถานที่/สิ่งอื่นใดสำหรับให้ผู้ให้บริการแสดงตนเพื่อให้สามารถเลือกผู้ให้บริการได้ และควบคุมดูแลมิให้มีการลักลอบหรือมีการค้าประเวณี หรือมีการกระทำหรือบริการที่ขัดต่อกฎหมาย ความสงบเรียบร้อย และศีลธรรมอันดี</p>				

มาตรฐานสถานประกอบการ	ข้อสังเกตเพิ่มเติม	ผลการตรวจประเมิน		ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
<input type="checkbox"/> ๑.๑๐ ควบคุมดูแลมิให้มีการจำหน่ายหรือเสพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ <input type="checkbox"/> ๑.๑๑ ควบคุมดูแลมิให้มีการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ <input type="checkbox"/> ๑.๑๒ ควบคุมดูแลมิให้ผู้มีอาการมึนเมาจนประพุดิตินวุ่นวายหรือครองสติไม่ได้เข้าไปในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพระหว่างเวลาทำการ <input type="checkbox"/> ๑.๑๓ ควบคุมดูแลมิให้นำอาวุธเข้าไปในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ <b>๒. ผู้ดำเนินการ</b> <input type="checkbox"/> ๒.๑ จัดทำคู่มือปฏิบัติงานสำหรับบริการหรือคู่มือการใช้ อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์และเครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ และพัฒนาผู้ให้บริการให้สามารถให้บริการได้ตามคู่มือที่จัดทำขึ้น <input type="checkbox"/> ๒.๒ ควบคุมดูแลการบริการ อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์และเครื่องมือต่างๆ ให้ได้มาตรฐานถูกสุขลักษณะและใช้ได้อย่างปลอดภัย <input type="checkbox"/> ๒.๓ สอบถามและบันทึกข้อมูลสุขภาพพื้นฐานและคัดกรองผู้รับบริการเพื่อจัดบริการที่เหมาะสมแก่สุขภาพของผู้รับบริการ <input type="checkbox"/> ๒.๔ ควบคุมดูแลผู้ให้บริการให้ปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด และควบคุมดูแลมิให้ผู้ให้บริการออกไปให้บริการนอกสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในเวลาทำงาน <input type="checkbox"/> ๒.๕ จัดให้มีมาตรการดูแลความปลอดภัยในการทำงาน และป้องกันมิให้ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และบุคคลซึ่งทำงานในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพถูกล่วงละเมิดทางเพศ <input type="checkbox"/> ๒.๖ ควบคุมดูแลมิให้มีการลักลอบหรือมีการค้าประเวณี หรือมีการกระทำหรือบริการที่ขัดต่อกฎหมาย ความสงบเรียบร้อย และศีลธรรมอันดี <input type="checkbox"/> ๒.๗ ควบคุมดูแล มิให้มีการจำหน่ายหรือเสพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ <input type="checkbox"/> ๒.๘ ควบคุมดูแล มิให้มีการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ <input type="checkbox"/> ๒.๙ ควบคุมดูแล มิให้ผู้มีอาการมึนเมาจนประพุดิตินวุ่นวายหรือครองสติไม่ได้เข้าไปในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพระหว่างเวลาทำการ <input type="checkbox"/> ๒.๑๐ ควบคุมดูแล มิให้นำอาวุธเข้าไปในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ				

**ปัญหาอุปสรรค**

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

**ข้อเสนอแนะ**

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

ในการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงาน กลุ่มเฝ้าระวังสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และคณะ ได้รับความยินยอมจากเจ้าของ / ผู้ประกอบการ หรือผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หรือผู้แทนของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ผู้นำตรวจประเมิน) โดยมิได้กระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ อุปกรณ์ หรือทรัพย์สิน ของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและมิได้กระทำการใดๆ อันเป็นการจงใจ ให้คำมั่นสัญญา ขู่ขี้ขลากลวงหรือโดยมิชอบด้วยประการอื่น เพื่อจงใจให้ ผู้นำตรวจ ประเมิน ให้ข้อมูลรายละเอียด ตามบันทึกการตรวจสอบสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังได้จากรับใบอนุญาตประกอบกิจการ (Post Audit) ฉบับนี้ ทั้งนี้ ผู้นำตรวจ ประเมินได้อ่านข้อความทั้งหมดโดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าถูกต้องตามที่ได้ให้ข้อมูลต่อเจ้าพนักงาน กลุ่มเฝ้าระวังสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ (ผู้ตรวจประเมิน) จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

**ผู้ตรวจประเมิน**

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

**เจ้าของ/ผู้ดำเนินการ/ผู้แทนของสถานประกอบการ  
เพื่อสุขภาพ /ผู้นำตรวจประเมิน**

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

**พยาน**

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

**พยาน**