

## แผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

### ๑. ลักษณะของสถานพยาบาล

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลทั่วไป                  | <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเฉพาะทาง .....  | <input type="checkbox"/> สถานพยาบาลเวชกรรมทั่วไป          |
| <input type="checkbox"/> สถานพยาบาลเวชกรรมเฉพาะทาง .....  | <input type="checkbox"/> สถานพยาบาลทันตกรรมทั่วไป |   |
| <input type="checkbox"/> สถานพยาบาลทันตกรรมเฉพาะทาง ..... | <input type="checkbox"/> สถานพยาบาลการผดุงครรภ์   |   |
| <input type="checkbox"/> สถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง        | <input type="checkbox"/> สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย | <input type="checkbox"/> สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์ |

๒. ขนาดสถานพยาบาล ..... เตียง

๓. บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม.....

.....

.....

.....

.....

### ๔. ลักษณะอาคารสถานพยาบาล

- เป็นอาคารสถานพยาบาลสร้างใหม่     เป็นอาคารดัดแปลงจากอาคารเดิม     อื่น ๆ .....

### ๕. การเงินโดยประมาณ

งบลงทุน .....บาท แหล่งลงทุนจาก

- |  |             |  |             |
|--|-------------|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> ส่วนตัว .....                 | เปอร์เซ็นต์ | <input type="checkbox"/> สถาบันการเงินในประเทศ ..... | เปอร์เซ็นต์ |
| <input type="checkbox"/> สถาบันการเงินต่างประเทศ ..... | เปอร์เซ็นต์ | <input type="checkbox"/> หุ้น.....                   | เปอร์เซ็นต์ |

### ๖. พื้นที่บริการครอบคลุม

๖.๑ ในเขตท้องที่การปกครองของกระทรวงมหาดไทย (อำเภอ/เขต จังหวัด) ได้แก่

.....

.....

.....

๖.๒ จำนวนประชากรภายในเขตรัศมี ๕ กิโลเมตร โดยรอบสถานพยาบาล มีประมาณ.....คน

### ๗. สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ในพื้นที่บริการ

(๑) สถานพยาบาลของรัฐ ..... แห่ง มีบริการ

- |  |         |  |         |   |         |
|--|---------|--|---------|---|---------|
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน .....                                   | เตียง   | <input type="checkbox"/> ห้องผ่าตัด .....      | ห้อง    | <input type="checkbox"/> เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ..... | เครื่อง |
| <input type="checkbox"/> เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ..... | เครื่อง | <input type="checkbox"/> เครื่องสลายนิ่ว ..... | เครื่อง |   |         |
| <input type="checkbox"/> เครื่องล้างไต .....                               | เครื่อง | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ เช่น .....     |         |   |         |

(๒) สถานพยาบาลเอกชน ..... แห่ง มีบริการ

- |  |         |  |         |   |         |
|--|---------|--|---------|---|---------|
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน .....                                   | เตียง   | <input type="checkbox"/> ห้องผ่าตัด .....      | ห้อง    | <input type="checkbox"/> เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ..... | เครื่อง |
| <input type="checkbox"/> เครื่องตรวจอวัยวะภายในชนิดสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ..... | เครื่อง | <input type="checkbox"/> เครื่องสลายนิ่ว ..... | เครื่อง |   |         |
| <input type="checkbox"/> เครื่องล้างไต .....                               | เครื่อง | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ เช่น .....     |         |   |         |

๘. ปัญหาการบริการรักษาพยาบาลในพื้นที่ที่ครอบคลุม ซึ่งเป็นเหตุให้สมควรลงทุน คือ .....

.....

.....

.....

.....

๙. จำนวนของผู้ประกอบวิชาชีพที่จะมาปฏิบัติงาน

๙.๑ แพทย์ ..... คน

๙.๒ พยาบาล ..... คน

๙.๓ ทันตแพทย์ ..... คน

๙.๔ เภสัชกร .....คน

๙.๕ ผู้ประกอบโรคศิลปะ

(๑) นักกายภาพบำบัด ..... คน

(๒) นักเทคนิคการแพทย์ ..... คน

(๓) แพทย์แผนไทยประยุกต์ ..... คน

(๔) แพทย์แผนไทย ..... คน

- เวชกรรมไทย ..... คน

- เภสัชกรรมไทย ..... คน

- แพทย์แผนไทยประเภทอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของ

คณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ ..... คน

(๕) อื่นๆ.....

๑๐. ผู้ประกอบวิชาชีพที่จะมาปฏิบัติงานในตำแหน่งที่สำคัญ (โปรดเขียน ชื่อ-สกุล ถ้าสามารถระบุได้)

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล .....  ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ .....

ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล .....  อื่น ๆ .....

๑๑. ระยะเวลาในการดำเนินการตามแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล มีระยะเวลา.....ปี นับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุมัติ  
แผนการจัดตั้งสถานพยาบาล

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

( ..... )

อนุมัติ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้อนุญาต

วันที่.....

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ