

แบบฟอร์มการขอรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ (ภาครัฐ)

(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจงและกรอกให้ครบถ้วน)

- ชื่อหน่วยงานบริการสุขภาพ.....
- สถานที่ตั้ง เลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/ตึก..... ถนน.....
ซอย..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
- ประเภทหน่วยงาน
☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ☐ ศูนย์สุขภาพชุมชนของรพ.(ศสช.รพ./ ☐ โรงพยาบาลทั่วไป
☐ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ ☐ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) ☐ โรงพยาบาลศูนย์
☐ สถานีอนามัย ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ☐ โรงพยาบาลชุมชน
☐ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ☐ หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ☐ โรงพยาบาลนอก สธ.
☐ ศูนย์บริการสาธารณสุข ☐ โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข สาขา ☐ โรงพยาบาลนอก สป.สธ.
☐ ศูนย์บริการสาธารณสุข อปท. ☐ ศูนย์วิชาการ
- โครงสร้างอาคาร ☐ เป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นใหม่
☐ เป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นภายใต้หน่วยงานเดิม (สาขา/เครือข่าย) รหัสแม่ข่าย.....
(กรณี เป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นภายใต้หน่วยงานเดิม) สถานที่ตั้ง ☐ อยู่ภายในหน่วยงานเดิม ☐ อยู่ภายนอกหน่วยงานเดิม
- ☐ ส่ง 43 แฟ้มเอง ☐ ส่ง 43 แฟ้มส่งร่วมกับแม่ข่าย ☐ ไม่ส่ง 43 แฟ้ม
- เริ่มดำเนินการ(เปิดให้บริการ) วันที่ เดือน..... พ.ศ.
- จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (ใช้จริง)..... จำนวนเตียง (ตามกรอบ).....
- ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ (พิกัดจาก GPS) Latitude..... Longitude.....
- จำนวนบุคลากรทางการแพทย์
☐ แพทย์ทั่วไป คน
☐ แพทย์เฉพาะทาง :
☐ อายุรศาสตร์ทั่วไป.....คน ☐ อายุรศาสตร์โรคไต.....คน ☐ สูติ-นรีเวชวิทยา.....คน
☐ ศัลยศาสตร์.....คน ☐ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์.....คน ☐ จักษุวิทยา.....คน
☐ โสต ศอ นาสิกวิทยา.....คน ☐ จิตเวชศาสตร์.....คน ☐ ทันตแพทย์.....คน
☐ เวชศาสตร์ครอบครัว.....คน ☐ เวชศาสตร์ป้องกัน.....คน ☐ เวชศาสตร์ฟื้นฟู.....คน
☐ วิสัญญี.....คน ☐ แพทย์แผนไทย.....คน ☐ แพทย์ทางเลือก.....คน
☐ เวชปฏิบัติทั่วไป.....คน ☐ พยาธิวิทยากายวิภาค.....คน ☐ กุมารเวชศาสตร์.....คน
☐คน ☐คน ☐คน
☐ พยาบาล.....คน ☐ นักเทคนิคการแพทย์.....คน ☐ นักกายภาพบำบัด.....คน
- ข้อมูลการให้บริการ
☐ ทั่วไป ☐ จักษุ ☐ ศัลยกรรม ☐ กุมารเวชกรรม ☐ โสต ศอ นาสิก ☐ กายภาพบำบัด
☐ รังสี ☐ ทันตกรรม ☐ สูติ-นรีเวชกรรม ☐ อายุรกรรม ☐ ออร์โธปิดิกส์ ☐ ห้องปฏิบัติการ/เทคนิคการแพทย์
☐ ชั้นสูตร ☐ จิตเวช ☐ แพทย์ทางเลือก ☐ การพยาบาล/ผดุงครรภ์ ☐ ฟอก/ล้างไต ☐
- เครื่องมือแพทย์
☐ เครื่องมือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan).....เครื่อง ☐ เครื่องมือตรวจอวัยวะด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI).....เครื่อง
☐ เครื่องอัลตราซาวด์.....เครื่อง ☐ เครื่องเลเซอร์ (เครื่องแกรmmaไนฟ).....เครื่อง
☐ เครื่องมือแพทย์ทั่วไป.....เครื่อง ☐ เครื่องล้างไต.....เครื่อง
☐ อื่นๆ โปรดระบุ จำนวน.....เครื่อง
- ผู้ประสานงาน..... เบอร์โทร..... e-mail.....
- เอกสารประกอบการขอรหัสหน่วยงาน (หนังสืออนุมัติให้เปิดดำเนินการจากหน่วยงานต้นสังกัด)

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(หัวหน้าส่วนราชการ).....