เอกสารการสมัครขอรับการตรวจประเมินรับรองเป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center)
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. ผู้ยื่นขอประเมิน กรองข้อมูลเบื้องต้นของสถานประกอบการ ในหมวดที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของสถานประกอบการ

๒. ผู้ยื่นขอประเมิน ทำแบบประเมินสถานประกอบการให้เป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center) โดยการใส่เครื่องหมาย (√) ในช่องผู้ยื่นขอประเมิน ด้วยตนเองแล้ว ในหมวดที่ ๒ แบบประเมิน

๓. เตรียมข้อมูลรายละเอียด, รูปภาพ หรือวีดิทัศน์ ตามเกณฑ์การประเมิน ของประเภทกิจการที่ขอเข้ารับการตรวจประเมินทุกข้อ เพื่อประกอบการพิจารณา ในหมวดที่ ๑ ตัวอย่างเอกสารแนบประกอบ

หมวดที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของสถานประกอบการ

๑. ชื่อสถานประกอบการ โปรดระบุให้ชัดเจนเพื่อจัดทำประกาศนียบัตร

ชื่อสถานประกอบการ (ภาษาไทย).....

ชื่อสถานประกอบการ (ภาษาอังกฤษ).....

๒. ประเภทสถานประกอบการ ที่ขอรับการตรวจประเมิน (๑ ประเภทกิจการ/๑ ใบสมัคร)

O ที่พักนักท่องเที่ยว (โรงแรม รีสอร์ท) (Wellness Accommodation)

O ภัตตาคาร (ร้านอาหาร) (Wellness Restaurant)

O นวดเพื่อสุขภาพ (Wellness Massage)

O สปาเพื่อสุขภาพ (Wellness Spa)

O สถานพยาบาล (Wellness Clinic)

๓. ชื่อผู้ประกอบการ.....

๔. สถานที่ตั้ง/ที่อยู่ สถานประกอบการ.....

๕. เบอร์โทรศัพท์สถานประกอบการ (ถ้ามี).....

๖. อีเมล สถานประกอบการ (ถ้ามี).....

๗. ID Line ของสถานประกอบการ (ถ้ามี).....

๘. ช่องทางอื่น ๆ สถานประกอบการ (ถ้ามี).....

๙. ประกาศนียบัตรศูนย์เวลเนส (Wellness Center) ที่ขอรับ กรุณาเลือก

O ประกาศนียบัตร ภาษาไทย

O ประกาศนียบัตร ภาษาอังกฤษ

O ประกาศนียบัตร ภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ

๑๐. ชื่อ ผู้ประสานงาน/ผู้ยื่นขอประเมิน.....

๑๑. ID Line ผู้ประสานงาน/ผู้ยื่นขอประเมิน.....

๑๒. เบอร์โทรศัพท์ ผู้ประสานงาน/ผู้ยื่นขอประเมิน.....

ลงนาม ..... ผู้ยื่นขอประเมิน

(.....)

ณ วันที่.....

หมวดที่ ๒ แบบประเมิน

แบบประเมินสถานประกอบการให้เป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center)

ประเภทสถานพยาบาล (Wellness Clinic)

เป็นสถานพยาบาล ที่ได้รับอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย

สถานประกอบการ ..... จังหวัด.....

๒.๑ ผู้ยื่นขอประเมิน ทำแบบประเมินสถานประกอบการให้เป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center) โดยการ ใส่เครื่องหมาย √ ในช่องผู้ยื่นขอประเมิน ด้วยตนเอง

๒.๒ เจ้าหน้าที่ ทำแบบประเมินสถานประกอบการให้เป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center) โดยการใส่เครื่องหมาย (√) ในช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน	ผู้ขอประเมิน		สำหรับเจ้าหน้าที่		หมายเหตุ
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
1. พื้นที่รับรอง					
1) พื้นที่บริเวณโดยรอบมีความร่มรื่น สบายตา					
2) พื้นที่มีความสะอาด เป็นระเบียบ					
3) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก มีบรรยากาศผ่อนคลาย					
4) ปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์					
5) ปราศจากเสียงไม่พึงประสงค์					
6) การจัดแบ่งพื้นที่ในการใช้งานเป็นสัดส่วน สะดวก มีที่นั่งรอเพียงพอ					
7) มีสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพ					
8) มีแสงสว่างที่เหมาะสม เพียงพอกับการใช้งาน					
2. พื้นที่ให้คำปรึกษา					
1) พื้นที่มีความสะอาด เป็นระเบียบ					
2) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก มีบรรยากาศผ่อนคลาย					
3) ปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์					

รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน	ผู้ขอประเมิน		สำหรับเจ้าหน้าที่		หมายเหตุ
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
4) ปราศจากเสียงที่ไม่พึงประสงค์					
5) การจัดแบ่งพื้นที่ในการใช้งานเป็นสัดส่วน สะดวก มีที่นั่งรอเพียงพอ					
6) มีสื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพ					
7) มีแสงสว่างที่เหมาะสม เพียงพอกับการใช้งาน					
3. ห้องบำบัดรักษา					
1) พื้นที่มีความสะอาด เป็นระเบียบ					
2) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก มีบรรยากาศผ่อนคลาย					
3) ปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์					
4) ปราศจากเสียงที่ไม่พึงประสงค์					
5) การจัดแบ่งพื้นที่ในการใช้งานเป็นสัดส่วน สะดวก มีที่นั่งรอเพียงพอ					
6) มีสื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพ					
7) มีแสงสว่างที่เหมาะสม เพียงพอกับการใช้งาน					
8) ผลิตภัณฑ์ เครื่องและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ต้องมีคุณภาพและมาตรฐาน พร้อมใช้งาน					
9) ผลิตภัณฑ์ เครื่องและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์จัดวางเป็นสัดส่วน สะดวก ปลอดภัย					
10) มีระบบบำรุงรักษาเครื่องและอุปกรณ์ทางการแพทย์ อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ ตามมาตรฐาน					
4. ห้องสุขา					
1) อยู่ในบริเวณและระยะที่ใช้ได้สะดวก ปลอดภัย สะอาด และไม่รบกวนพื้นที่ใช้สอยอื่น ๆ					

รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน	ผู้ขอประเมิน		สำหรับเจ้าหน้าที่		หมายเหตุ
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
2) แยกห้องสุขาชาย - หญิง					
3) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับชื้น และปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์					
4) มีแสงสว่างและไฟส่องสว่างเพียงพอ					
5) พื้น อยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่ลื่น และระบายน้ำได้ดี					
6) ผนัง และเพดาน อยู่ในสภาพดี และสะอาด					
7) ประตู และอุปกรณ์ อยู่ในสภาพดี และสะอาด					
8) ขนาดห้องมีความเหมาะสม					
9) ความสูงของเพดานมีความเหมาะสม					
10) มีโถส้วมแบบนั่งราบที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี และสะอาด					
11) มีโถปัสสาวะชายที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดีและสะอาด					
12) มีอ่างล้างมือพร้อมกระจกเงาที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี และสะอาด					
13) มีสบู่ในภาชนะที่สะอาดบริเวรอ่างล้างมือ					
14) มีกระดาษชำระในภาชนะสะอาดพร้อมใช้งานในห้องสุขาทุกห้อง					
15) มีฝักฉีดชำระที่สะอาด พร้อมใช้งานในห้องสุขาทุกห้อง					
16) มีถุงใส่ผ้าอนามัย (Sanitary Bag) ในห้องสุขาหญิงทุกห้อง					
17) มีถังขยะที่สะอาดบริเวณอ่างล้างมือและในห้องสุขาทุกห้อง					

รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน	ผู้ขอประเมิน		สำหรับเจ้าหน้าที่		หมายเหตุ
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
18) จัดให้มีห้องสุขาที่มีองค์ประกอบและอุปกรณ์เหมาะสม สำหรับคนพิการอย่างน้อย 1 ห้อง					
19) มีพื้นที่เพียงพอต่อการใช้ประโยชน์ ไม่อึดอัด หรือคับแคบ					
5. อุปกรณ์และยาช่วยชีวิตที่จำเป็น ครบถ้วน พร้อมใช้งาน และผู้ให้บริการสามารถใช้งานได้					
1) มีเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า หรือ เครื่อง AED					
2) มีเครื่องช่วยหายใจชนิดมือบีบ (Ambu bag)					
3) มี Oxygen สำหรับให้บริการเวลาฉุกเฉิน					
4) มีรถเตรียมยาฉุกเฉินสำหรับช่วยชีวิต					
5) มีเครื่องมือช่วยใส่ท่อหายใจ (Laryngoscope) ที่พร้อมใช้ (กรณีที่มีห้องผ่าตัดใหญ่)					
6) มีท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube: ET tube) ที่พร้อมใช้งาน					
7) มี่อุปกรณ์ช่วยชีวิตอื่น ๆ ที่จำเป็นตามความเหมาะสม ที่พร้อมใช้งาน					
8) มียาช่วยชีวิตหรือบำบัดอาการไม่พึงประสงค์ ที่พร้อมใช้งาน					
6. เครื่องมือเครื่องใช้หรืออุปกรณ์เสริมการให้บริการมีมาตรฐาน สะอาดและพร้อมใช้งาน					
1) ที่นอน และผ้าปูที่นอน					
2) ชุดแต่งกาย					
3) ที่นั่ง					
4) ชุดพนักงาน					
5) เครื่องมือแพทย์ สะอาด มีการตรวจสอบมาตรฐาน และพร้อมใช้งาน					

รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน	ผู้ขอประเมิน		สำหรับเจ้าหน้าที่		หมายเหตุ
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
6) ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ให้บริการได้รับการรับรองจากหน่วยงานที่เชื่อถือได้หรือผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามกฎหมายให้การรับรองในกรณีที่มีการปรุงให้เป็นการเฉพาะสำหรับผู้รับบริการแต่ละราย					
7. บุคลากร					
7.1 ผู้ให้บริการทุกส่วน และทุกระดับ					
1) แต่งกายสุภาพ เรียบร้อย และสะอาด					
2) ติดป้ายชื่อภาษาไทยหรือภาษาต่างชาติตามความเหมาะสม					
7.2 ผู้ให้บริการมีองค์ความรู้ด้านการส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริการเวลเนส สามารถให้คำแนะนำผู้รับบริการได้					
1) ผู้ดำเนินการ					
2) ผู้ประกอบวิชาชีพ					
3) พนักงานผู้ช่วย					
4) พนักงานต้อนรับ					
5) พนักงานการเงิน					
8. มีบริการส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรค ที่สอดคล้องกับความหมายของเวลเนส					

ความคิดเห็น/ข้อสังเกตของผู้ตรวจประเมิน

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

สรุปผลการตรวจประเมิน สถานประกอบการ.....

ผ่าน/ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ลงนาม.....ผู้ยื่นขอประเมิน

(.....)

วันที่.....

ลงนาม.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมวดที่ ๓ ตัวอย่างเอกสารแนบประกอบ ประเภท สถานพยาบาล

๓.๑ สามารถอธิบายเพิ่มเติมในแต่ละข้อได้

๓.๒ ไม่จำกัดจำนวนภาพในแต่ละข้อ

รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน
1. พื้นที่รับรอง
1) พื้นที่บริเวณโดยรอบมีความร่มรื่น สบายตา ภาพประกอบ ภาพประกอบ ภาพประกอบ อธิบายเพิ่มเติม (ถ้ามี)..... .....
2) พื้นที่มีความสะอาด เป็นระเบียบ ภาพประกอบ ภาพประกอบ อธิบายเพิ่มเติม (ถ้ามี)..... .....
3) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก มีบรรยากาศผ่อนคลาย
4) ปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์
5) ปราศจากเสียงไม่พึงประสงค์
6) การจัดแบ่งพื้นที่ในการใช้งานเป็นสัดส่วน สะดวก มีที่นั่งรอเพียงพอ
7) มีสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพ
8) มีแสงสว่างที่เหมาะสม เพียงพอกับการใช้งาน

2. พื้นที่ให้คำปรึกษา
1) พื้นที่มีความสะอาด เป็นระเบียบ
2) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก มีบรรยากาศผ่อนคลาย
3) ปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์
4) ปราศจากเสียงที่ไม่พึงประสงค์
5) การจัดแบ่งพื้นที่ในการใช้งานเป็นสัดส่วน สะดวก มีที่นั่งรอเพียงพอ
6) มีสื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพ
7) มีแสงสว่างที่เหมาะสม เพียงพอกับการใช้งาน
3. ห้องบำบัดรักษา
1) พื้นที่มีความสะอาด เป็นระเบียบ
2) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก มีบรรยากาศผ่อนคลาย
3) ปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์
4) ปราศจากเสียงที่ไม่พึงประสงค์
5) การจัดแบ่งพื้นที่ในการใช้งานเป็นสัดส่วน สะดวก มีที่นั่งรอเพียงพอ
6) มีสื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพ
7) มีแสงสว่างที่เหมาะสม เพียงพอกับการใช้งาน
8) ผลิตภัณฑ์ เครื่องและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ ต้องมีคุณภาพและมาตรฐาน พร้อมใช้งาน
9) ผลิตภัณฑ์ เครื่องและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ จัดวางเป็นสัดส่วน สะดวก ปลอดภัย
10) มีระบบบำรุงรักษาเครื่องและอุปกรณ์ทางการแพทย์ อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ ตามมาตรฐาน
4. ห้องสุขา
1) อยู่ในบริเวณและระยะที่ใช้ได้สะดวก ปลอดภัย สะอาด และไม่รบกวนพื้นที่ใช้สอยอื่น ๆ
2) แยกห้องสุขาชาย - หญิง
3) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับชื้น และปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์
4) มีแสงสว่างและไฟส่องสว่างเพียงพอ
5) พื้น อยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่ลื่น และระบายน้ำได้ดี
6) ผนัง และเพดาน อยู่ในสภาพดี และสะอาด
7) ประตู และอุปกรณ์ อยู่ในสภาพดี และสะอาด

8) ขนาดห้องมีความเหมาะสม
9) ความสูงของเพดานมีความเหมาะสม
10) มีโถส้วมแบบนั่งราบที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดีและสะอาด
11) มีโถปัสสาวะชายที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดีและสะอาด
12) มีอ่างล้างมือพร้อมกระจกเงาที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี และสะอาด
13) มีสบู่ในภาชนะที่สะอาดบริเวรอ่างล้างมือ
14) มีกระดาษชำระในภาชนะสะอาดพร้อมใช้งานในห้องสุขาทุกห้อง
15) มีฝักฉีดชำระที่สะอาด พร้อมใช้งานในห้องสุขาทุกห้อง
16) มีถุงใส่ผ้าอนามัย (Sanitary Bag) ในห้องสุขาหญิงทุกห้อง
17) มีถังขยะที่สะอาดบริเวณอ่างล้างมือและในห้องสุขาทุกห้อง
18) จัดให้มีห้องสุขาที่มีองค์ประกอบและอุปกรณ์เหมาะสม สำหรับคนพิการอย่างน้อย 1 ห้อง
19) มีพื้นที่เพียงพอต่อการใช้ประโยชน์ ไม่อึดอัดหรือคับแคบ
5. อุปกรณ์และยาช่วยชีวิตที่จำเป็น ครบถ้วน พร้อมใช้งาน และผู้ให้บริการสามารถใช้งานได้
1) มีเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า หรือ เครื่อง AED
2) มีเครื่องช่วยหายใจชนิดมือบีบ (Ambu bag)
3) มี Oxygen สำหรับให้บริการเวลาฉุกเฉิน
4) มีรถเตรียมยาฉุกเฉินสำหรับช่วยชีวิต
5) มีเครื่องมือช่วยใส่ท่อหายใจ (Laryngoscope) ที่พร้อมใช้ (กรณีที่มีห้องผ่าตัดใหญ่)
6) มีท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube: ET tube) ที่พร้อมใช้งาน
7) มี่อุปกรณ์ช่วยชีวิตอื่น ๆ ที่จำเป็นตามความเหมาะสม ที่พร้อมใช้งาน
8) มียาช่วยชีวิตหรือบำบัดอาการไม่พึงประสงค์ ที่พร้อมใช้งาน
6. เครื่องมือเครื่องใช้หรืออุปกรณ์เสริมการให้บริการมีมาตรฐาน สะอาดและพร้อมใช้งาน
1) ที่นอน และผ้าปูที่นอน
2) ชุดแต่งกาย
3) ที่นั่ง
4) ชุดพนักงาน
5) เครื่องมือแพทย์ สะอาด มีการตรวจสอบมาตรฐาน และพร้อมใช้งาน

6) ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ให้บริการได้รับการรับรองจากหน่วยงานที่เชื่อถือได้หรือผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามกฎหมายให้การรับรองในกรณีที่มีการปรุงให้เป็นการเฉพาะสำหรับผู้รับบริการแต่ละราย
7. บุคลากร
7.1 ผู้ให้บริการทุกส่วน และทุกระดับ
1) แต่งกายสุภาพ เรียบร้อย และสะอาด
2) ติดป้ายชื่อภาษาไทยหรือภาษาต่างชาติตามความเหมาะสม
7.2 ผู้ให้บริการมีองค์ความรู้ด้านการส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริการเวลเนส สามารถให้คำแนะนำผู้รับบริการได้
1) ผู้ดำเนินการ
2) ผู้ประกอบวิชาชีพ
3) พนักงานผู้ช่วย
4) พนักงานต้อนรับ
5) พนักงานการเงิน
8. มีบริการส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรค ที่สอดคล้องกับความหมายของเวลเนส อธิบายเพิ่มเติม..... .....