

แบบคำขออนุญาตรับรองหมอพื้นบ้าน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่...../.....ต.รอก.....
 ซอย.....ถนน.....อำเภอ.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....
 เบอร์โทรสาร.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....
 E-mail address.....

ยื่นต่อ อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

.....
 (.....)
 ผู้ขออนุญาตรับรองหมอพื้นบ้าน

.....
 (.....)
 เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

หมายเหตุ

๑. การกรอกรายละเอียดการเป็นหมอพื้นบ้านตามระเบียบนี้ หากมีหลักฐาน เอกสาร ให้แนบกับคำขออนุญาตรับรองหมอพื้นบ้านไว้ด้วย
๒. ให้จัดทำคำขออนุญาตรับรองหมอพื้นบ้าน จำนวน ๒ ชุด สำเนามอบให้ผู้ขออนุญาตรับรองหมอพื้นบ้านเก็บไว้เป็นหลักฐาน หน่วยงานที่รับแบบคำขอเก็บต้นฉบับไว้
๓. กรณีขอต่ออายุหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านต้องยื่นแบบคำขออนุญาตรับรองหมอพื้นบ้านด้วย

หลักฐาน เอกสาร แนบคำขอ จำนวน.....ฉบับ ประกอบด้วย

๑. รูปถ่าย ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน
๔. รายละเอียดการเป็นหม้อพื้นบ้านตามระเบียบนี้
๕. การรับรองของประชาชนในหมู่บ้านไม่น้อยกว่า ๑๐ คน
๖. หนังสือรับรองจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ชื่อหน่วยงาน.....ตั้งอยู่เลขที่.....
ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
๗. หนังสือรับรองจากหน่วยบริการสาธารณสุข
ชื่อหน่วยงาน.....ตั้งอยู่เลขที่.....
ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
๘. อื่น ๆ
.....
.....
.....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบคำขอแล้ว

- ครบถ้วน
- ไม่ครบถ้วน.....
-
-

- เห็นควร อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
-
-
-
-
-

รายละเอียดการเป็นหมอพื้นบ้าน

ให้บรรยายว่า “ผู้ขอหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านเป็นผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบทอดกันมานานเป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน” อย่างไร หากมีหลักฐาน เอกสาร ให้แนบกับคำขอหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านไว้ด้วย

๑. ประวัติทั่วไป

๑.๑ การศึกษา

.....

๑.๒ อาชีพ

.....

๒. ประวัติการเป็นหมอพื้นบ้าน

๒.๑ เริ่มต้นเป็นหมอพื้นบ้านและให้การรักษาเมื่อไหร่.....

๒.๒ สืบทอดความรู้ เรียนรู้จากใคร มีพิธีหรือกระบวนการในการถ่ายทอดอย่างไร เช่น พิธีมอบครูหรือการตั้งขันธุ์

.....

.....

.....

๒.๓ ระยะเวลาการเป็นหมอพื้นบ้าน

.....

๒.๔ ความเชี่ยวชาญ/โรคที่มีความชำนาญในการรักษา มีประสบการณ์การรักษาโรคอะไรบ้าง ส่วนใหญ่เป็นโรคอะไร คิดว่าตนเองเชี่ยวชาญในการรักษาโรคอะไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๓. ความรู้และประสบการณ์ของหมอพื้นบ้านในการดูแลรักษา (จำแนกตามรูปแบบการรักษา หรือ องค์ความรู้ในการรักษา)

๓.๑ การตรวจร่างกาย และการวินิจฉัย

- หมอพื้นบ้าน ตรวจร่างกายและวินิจฉัยผู้ป่วย อย่างไร ใช้วิธีใด ใช้เครื่องมือช่วยหรือไม่

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

๓.๒ การรักษา

- ขั้นตอนการให้การรักษา มีพยานครู/ยกครูก่อนหรือไม่ พิธีการเป็นอย่างไร

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

- วิธีการในการรักษา (การใช้ยาสมุนไพร การนวด การใช้น้ำมันต์ ใช้คาถา)

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

- รายละเอียดการรักษา ตำรับ ตำรายา วิธีการรักษาที่พร้อมจะเปิดเผย

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

- ข้อควรปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหรือข้อห้ามต่างๆ ในระหว่างการรักษา มีหรือไม่

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

- การติดตามผลการรักษา มีการรักษาต่อเนื่องหรือนัดผู้ป่วยหรือไม่ มีการรับผู้ป่วยไว้รักษา
ดูอาการที่บ้านหรือไม่ อย่างไร

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

- ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าครู/ค่าอาหาร/ที่พัก/ค่ายา/ค่าสมนาคุณ มีหรือไม่ คิดค่าใช้จ่ายอย่างไร

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

๓.๓ การประเมินผลการรักษา

- หมอพื้นบ้านใช้วิธีการประเมินผลการรักษาผู้ป่วย ด้วยวิธีการใดบ้าง ประเมินอย่างไรว่า ดีขึ้น หรือหายแล้ว

.....
.....

- วิธีการประเมิน มีอะไรบ้าง แต่ละวิธี หมอพื้นบ้านเลือกใช้แตกต่างกันอย่างไร

.....
.....

- ผู้ป่วยแต่ละรายใช้วิธีการประเมินผลการรักษาเหมือนกันหรือไม่ (ในกลุ่มอาการเจ็บป่วย คล้ายกัน หรือ กลุ่มเดียวกัน)

.....
.....

๓.๔ การให้คำแนะนำ

- หมอพื้นบ้าน มีวิธีการและกระบวนการในการฝึกหัดหรือแนะนำญาติผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือไม่ อย่างไร

.....
.....

๔. การบูชาครู

๔.๑ หมอพื้นบ้านมีการบูชาครูหรือไม่ มีกระบวนการและพิธีอย่างไร

.....
.....

๔.๒ ผู้ที่เคยมารับการรักษาจากหมอทุกคนจำเป็นจะต้องกลับมาไหว้ครูประจำปีหรือไม่

.....
.....

๕. ประสบการณ์การรักษา

จากอดีตถึงปัจจุบันให้การรักษาผู้ป่วยไปแล้วจำนวนกี่ราย

.....

๖. มีถ่ายทอดองค์ความรู้และมีผู้สืบทอดองค์ความรู้หรือไม่

.....
.....

๗. มีการเรียกเก็บค่าถ่ายทอดวิชาหรือไม่

.....

๘. มีการจัดสถานที่เพื่อให้บริการในลักษณะอย่างไร

.....
.....

๙. มีโฆษณาเพื่อให้มีผู้มารับบริการหรือไม่

.....

๑๐. มีการจำหน่ายยาด้วยวิธีการอย่างไร

.....
.....

๑๑. มีบันทึกหลักฐานผู้มารับบริการจากหมอฟันบ้านหรือไม่ อย่างไร

.....
.....

๑๒. อื่นๆ

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

หมายเหตุ ใช้เพื่อกรอกรายละเอียดรวบรวมข้อมูลบุคคลที่ขอรับหนังสือรับหมอฟันบ้านตาม
เกณฑ์การคัดกรองทั้ง ๘ ประการ

การรับรองของประชาชนในหมู่บ้านไม่น้อยกว่า ๑๐ คน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ขอหนังสือรับรองหมอฟันบ้าน ชื่อ..... สกุล..... เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบทอดกันมานาน เป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน

หมายเหตุ ๑. ให้ประทับลายนิ้วมือในกรณีที่ไม่สามารถเขียนหนังสือได้

๒. ให้แนบสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องของผู้รับรองทุกราย

๑. ชื่อผู้รับรอง.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

เคยรับการรักษาด้าน..... เมื่อ.....ปี พ.ศ.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้รับรองหมอฟันบ้าน

๒. ชื่อผู้รับรอง.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

เคยรับการรักษาด้าน..... เมื่อ.....ปี พ.ศ.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้รับรองหมอฟันบ้าน

๓. ชื่อผู้รับรอง.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

เคยรับการรักษาด้าน..... เมื่อ.....ปี พ.ศ.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้รับรองหมอฟันบ้าน

๔. ชื่อผู้รับรอง.....นามสกุล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่.....
.....
เบอร์โทรศัพท์.....
เคยรับการรักษาด้าน..... เมื่อ.....ปี พ.ศ.....
.....
(.....)
ลายมือชื่อผู้รับรองหมอฟันบ้าน

๕. ชื่อผู้รับรอง.....นามสกุล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่.....
.....
เบอร์โทรศัพท์.....
เคยรับการรักษาด้าน..... เมื่อ.....ปี พ.ศ.....
.....
(.....)
ลายมือชื่อผู้รับรองหมอฟันบ้าน

๖. ชื่อผู้รับรอง.....นามสกุล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่.....
.....
เบอร์โทรศัพท์.....
เคยรับการรักษาด้าน..... เมื่อ.....ปี พ.ศ.....
.....
(.....)
ลายมือชื่อผู้รับรองหมอฟันบ้าน

๗. ชื่อผู้รับรอง.....นามสกุล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่.....
.....
เบอร์โทรศัพท์.....
เคยรับการรักษาด้าน..... เมื่อ.....ปี พ.ศ.....
.....
(.....)
ลายมือชื่อผู้รับรองหมอฟันบ้าน

๘. ชื่อผู้รับรอง.....นามสกุล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่.....
.....
เบอร์โทรศัพท์.....
เคยรับการรักษาด้าน..... เมื่อ.....ปี พ.ศ.....
.....
(.....)
ลายมือชื่อผู้รับรองหมอฟันบ้าน

๙. ชื่อผู้รับรอง.....นามสกุล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่.....
.....
เบอร์โทรศัพท์.....
เคยรับการรักษาด้าน..... เมื่อ.....ปี พ.ศ.....
.....
(.....)
ลายมือชื่อผู้รับรองหมอฟันบ้าน

๑๐. ชื่อผู้รับรอง.....นามสกุล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่.....
.....
เบอร์โทรศัพท์.....
เคยรับการรักษาด้าน.....เมื่อ.....ปี พ.ศ.....
.....
(.....)
ลายมือชื่อผู้รับรองหมอฟันบ้าน

๑๑. ชื่อผู้รับรอง.....นามสกุล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่.....
.....
เบอร์โทรศัพท์.....
เคยรับการรักษาด้าน.....เมื่อ.....ปี พ.ศ.....
.....
(.....)
ลายมือชื่อผู้รับรองหมอฟันบ้าน

๑๒. ชื่อผู้รับรอง.....นามสกุล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่.....
.....
เบอร์โทรศัพท์.....
เคยรับการรักษาด้าน.....เมื่อ.....ปี พ.ศ.....
.....
(.....)
ลายมือชื่อผู้รับรองหมอฟันบ้าน

แบบฟอร์มหนังสือรับรองจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โดยในหนังสือรับรองต้องระบุข้อความไว้ดังนี้คือ เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบทอดกันมานาน เป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน



ที่...../.....

(ชื่อส่วนราชการที่ออกหนังสือรับรอง)

.....

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า
 เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์พื้นบ้าน ตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบทอดกันมานานเป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบฟอร์มหนังสือรับรองจากหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ

โดยในหนังสือรับรองต้องระบุข้อความไว้ดังนี้คือ เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบทอดกันมานาน เป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน



ที่...../.....

(ชื่อส่วนราชการที่ออกหนังสือรับรอง)

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

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า
เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์พื้นบ้าน ตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบทอดกันมานานเป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(.....)

ตำแหน่ง.....



ที่...../.....
(ชื่อย่อจังหวัด) (เลขที่ตามลำดับ) / (ปี พ.ศ.)

(ชื่อส่วนราชการที่ออกหนังสือรับรอง)

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

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า.....
เป็นหมอพื้นบ้าน ตามระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกว่าด้วยการออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๕ ผู้ที่ได้รับหนังสือรับรองฉบับนี้สามารถดำเนินการได้ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้คือ

๑. การประกอบโรคศิลปะที่กระทำต่อตนเอง
๒. การช่วยเหลือหรือเยียวยาผู้ป่วยตามหน้าที่ ตามกฎหมาย หรือตามธรรมจรรยา โดยมีได้รับประโยชน์ตอบแทน

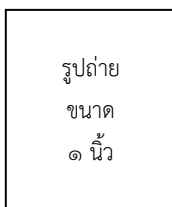
๓. กระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด หรือสภาวิชาชีพไทย มอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด

๔. ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลกระทำการประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะตามที่รัฐมนตรีกำหนด

หากดำเนินการนอกเหนือจากเงื่อนไขทั้ง ๔ ประการดังกล่าว จะเป็นการกระทำความผิดฐานประกอบโรคศิลปะโดยมิได้ขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.๒๕๕๒

หนังสือรับรองนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินที่ ๔ ปี นับตั้งแต่วันที่ออกหนังสือรับรองนี้

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.



รูปถ่าย
ขนาด
๑ นิ้ว

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน

การต่ออายุ

๑.....
๒.....
๓.....
๔.....
๕.....

ผู้ที่ได้รับหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้านตามระเบียบกรมพัฒนา
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๕
ต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์การคัดกรองครบทั้ง ๘ ประการ ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล.....
ที่อยู่.....

เกณฑ์การคัดกรอง	คำอธิบาย
๑. มีผู้มารับบริการสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี (พิจารณาตามความชำนาญของหมอพื้นบ้าน ความถี่ของการเกิดโรคในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง เช่น หมออุจจาระร่วง หมอกระดูก)	<ul style="list-style-type: none"> ให้การดูแลสุขภาพในชุมชน หรืออยู่ ณ ที่ตั้ง (ไม่เร่ร่อน) ไม่ได้ดำเนินการในรูปแบบสถานพยาบาล มีบันทึกหลักฐานผู้มารับบริการจากหมอพื้นบ้านสม่ำเสมอ
๒. สืบทอดความรู้จากบรรพบุรุษหรือองค์ความรู้จากท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> เป็นการสืบทอดในวิถีวัฒนธรรมชุมชน หรือแบบอัยยาศัย (บรรพบุรุษ, หมอพื้นบ้าน, หมอพระ) มีหลักการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิม
๓. มีความสามารถในการบำบัดรักษาโรค	<ul style="list-style-type: none"> รู้จักโรค รู้จักยา รู้วิธีการบำบัดรักษาโรค รู้จักการดูแลสุขภาพและให้คำแนะนำ
๔. ไม่หวงวิชา	<ul style="list-style-type: none"> มีผู้สืบทอดความรู้ (บุตร, ลูกศิษย์, ผู้ป่วย ฯลฯ) เป็นการถ่ายทอดวิชาด้วยความเมตตา (ไม่ใช่การมอบตัวศิษย์ที่มีค่าธรรมเนียม)
๕. มีการถ่ายทอดความรู้	<ul style="list-style-type: none"> มีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้ (ครูภูมิปัญญา, วิทยากร, งานพัฒนาด้านภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน)
๖. ไม่เรียกร้องค่ารักษามากเกินไป	<ul style="list-style-type: none"> ไม่ดำเนินการเชิงธุรกิจ หรือเชิงพาณิชย์ ไม่มีการโฆษณาและเรียกเก็บค่ารักษาที่มากเกินไป
๗. เป็นที่รู้จักและได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> คนในชุมชนรู้จักในบทบาทของหมอพื้นบ้าน
๘. มีคุณธรรม	<ul style="list-style-type: none"> มีเมตตา ช่วยเหลือเกื้อกูลชุมชน ไม่มีลักษณะต้องห้ามตาม พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.๒๕๕๒ มาตรา ๓๒ (๓)-(๗)