Digital Signature บนหมอพร้อม Station

Digital Signature คือ การลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ แทนการลงลายมือชื่อด้วยปากกา เพื่อกำกับการออกใบรับรองสุขภาพดิจิทัล เช่น ใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19) ใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK ใบรับรองแพทย์สำหรับการตรวจสุขภาพ เป็นต้น หมอพร้อม ได้สนับสนุนการออกใบรับรองสุขภาพดิจิทัล ที่มี Digital Signature กำกับ ให้กับโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกเทคนิคการแพทย์ และร้านยา เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ลดขั้นตอน และลดความแออัดในโรงพยาบาล/หน่วยบริการ รวมถึงอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนที่ใช้ Smart Phone สามารถรับใบรับรองสุขภาพดิจิทัล ผ่าน LINE Official Account และแอปพลิเคชัน “หมอพร้อม” ได้อีกด้วย

➢ ประเภท หน่วยบริการ ที่สามารถสมัครใช้ Digital Signature ผ่านหมอพร้อม Station และผู้ที่สามารถขอใช้ Digital Signature ได้ ดังนี้

๑. โรงพยาบาล

- โรงพยาบาลรัฐ (ผู้มีสิทธิ์ใช้งาน Digital Signature : แพทย์ , ทันตแพทย์)
  สมัครผ่านช่องทาง https://mophcertificate.moph.go.th
- โรงพยาบาลเอกชน (ผู้มีสิทธิ์ใช้งาน Digital Signature : แพทย์)
  สมัครผ่าน หมอพร้อม Station

๒. คลินิก

- คลินิกเวชกรรม / คลินิกเฉพาะทาง / สหคลินิก (ผู้มีสิทธิ์ใช้งาน Digital Signature : แพทย์)
- คลินิกทันตกรรม (ผู้มีสิทธิ์ใช้งาน Digital Signature : ทันตแพทย์)
- คลินิกเทคนิคการแพทย์ (ผู้มีสิทธิ์ใช้งาน Digital Signature : เทคนิคการแพทย์)

** คลินิกอื่น ๆ อยู่ระหว่างการขอรับความคิดเห็นจากสภาวิชาชีพ

๓. ร้านยา (ผู้มีสิทธิ์ใช้งาน Digital Signature : เภสัชกร)

➢ ประเภทเอกสารที่ผู้มีสิทธิ์ใช้ Digital Signature สามารถใช้งานได้หลังได้รับ Digital Signature

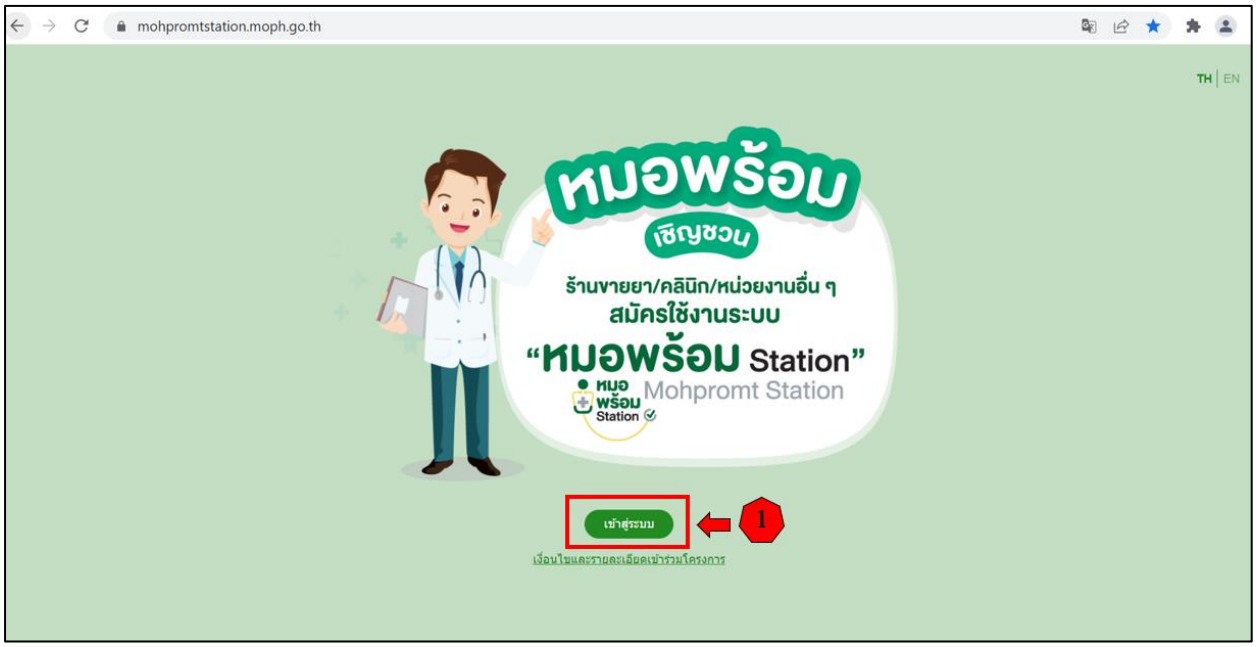
ประเภทของ ร้านยา/คลินิก/หน่วยบริการ ที่สามารถสมัครใช้ Digital Signature		วิชาชีพที่สามารถยื่นสมัครใช้ Digital Signature	ใบรับรองแพทย์ทั่วไป					ใบรับรองแพทย์โรคโควิด19	ใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19)	ใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK
			สำหรับตรวจสุขภาพทั่วไป	สำหรับทำใบขับขี่	สำหรับตรวจสุขภาพต่างด้าว	ใบความเห็นแพทย์	สำหรับทำประกันสุขภาพ			
โรงพยาบาล	โรงพยาบาลรัฐ	แพทย์	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
		ทันตแพทย์	-	-	-	✓	-	-	-	✓
	โรงพยาบาลเอกชน	แพทย์	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
คลินิก	คลินิกเวชกรรม	แพทย์	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	คลินิกทันตกรรม	ทันตแพทย์	-	-	-	✓	-	-	-	✓
	คลินิกเทคนิคการแพทย์	เทคนิคการแพทย์	-					-	✓	✓
ร้านยา	ร้านยา	เภสัชกร	-					-	-	✓

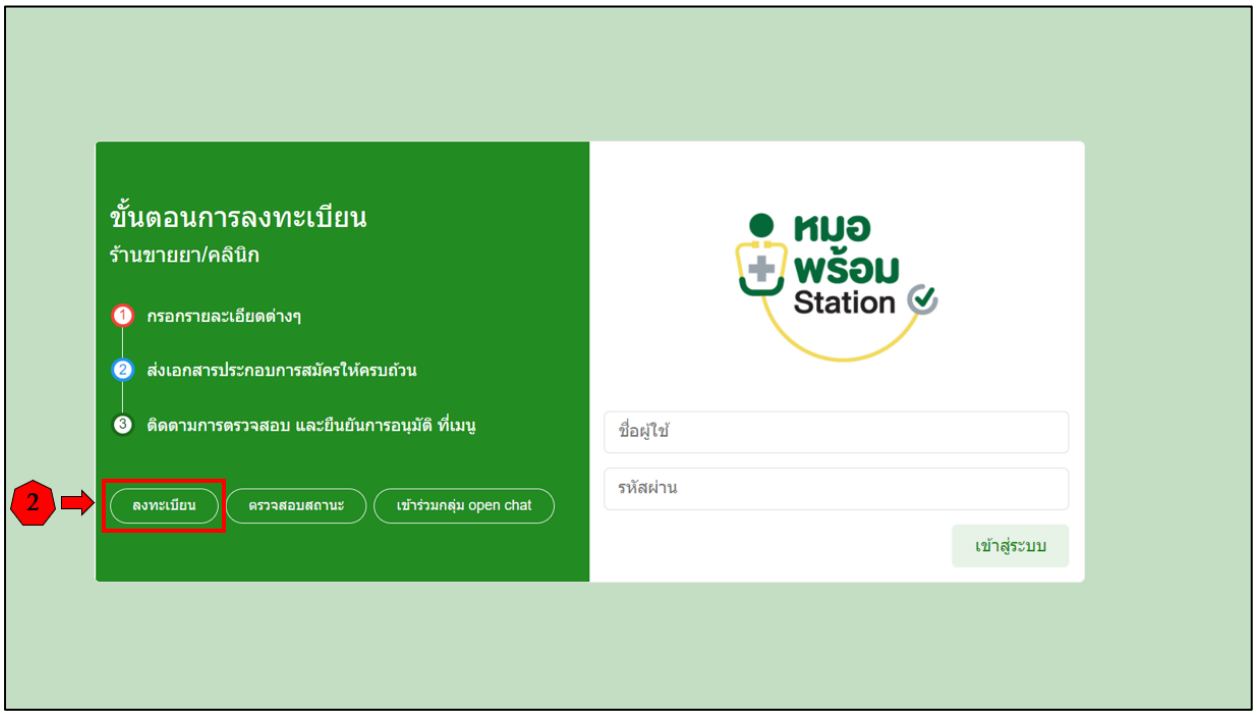
➢ ขั้นตอนการสมัครใช้งาน Digital Signature ผ่านหมอพร้อม Station

๑. ร้านยา/คลินิก/หน่วยบริการ ลงทะเบียนเข้าร่วมระบบหมอพร้อม Station และได้รับการอนุมัติเข้าใช้งาน
(ร้านยา/คลินิก/หน่วยบริการ ที่เคยลงทะเบียนและได้รับการอนุมัติเข้าใช้งานแล้ว ให้ข้ามไปข้อ ๒ (หน้า๑๓))

๑.๑. ลงทะเบียนทางเว็บไซต์ https://mohpromtstation.moph.go.th/

- เลือก “เข้าสู่ระบบ”
- เลือก ลงทะเบียน





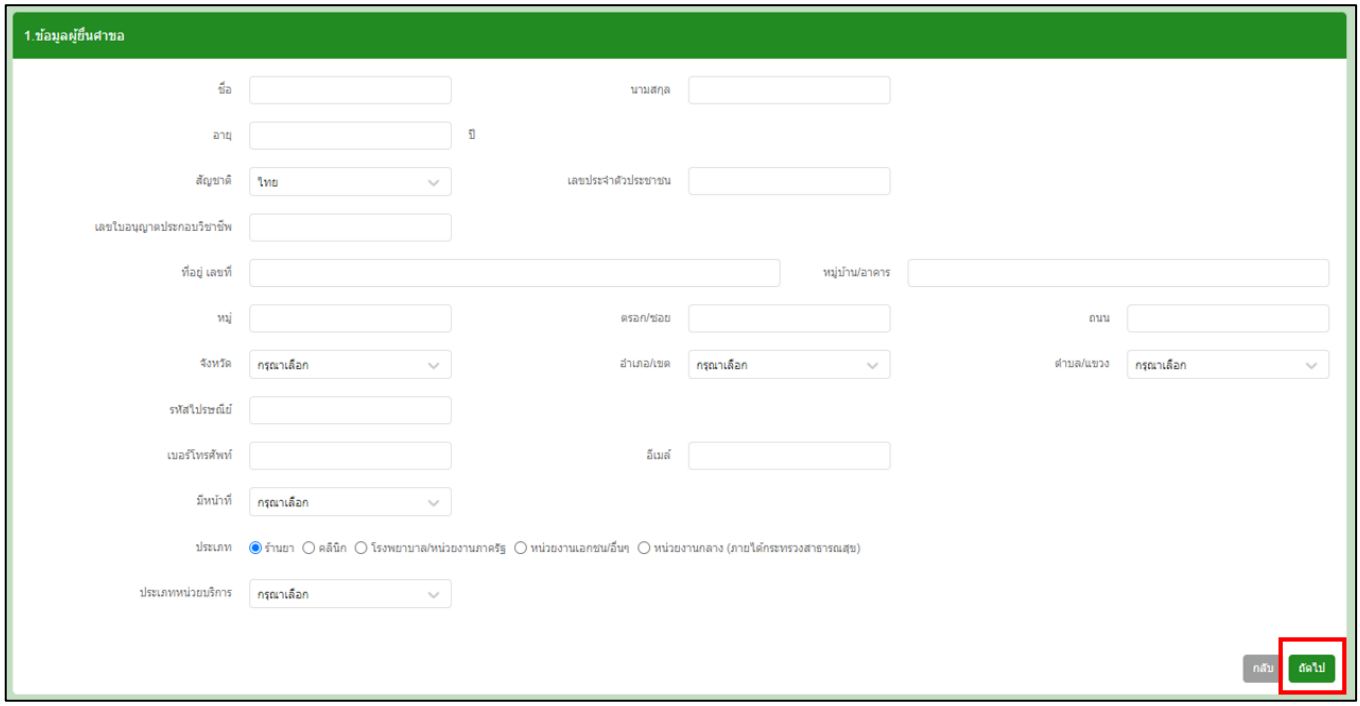
๑.๒. บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์ม “แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม Mohpromt Station” ในหน้าจอให้ครบถ้วน

หน้าจอ “แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม Mohpromt Station” แบ่งเป็น ๔ ส่วน ดังนี้

<u>ส่วนที่ ๑ : ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ</u> : ให้บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มในหน้าจอให้ครบถ้วน แล้วกดปุ่ม “ถัดไป”

- **ผู้ยื่นคำขอ** คือ ผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ หรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่ประจำในหน่วยงาน ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ (ตามประเภทของคลินิกที่ได้รับอนุญาต)

- ผู้ยื่นคำขอ หลังได้รับการอนุมัติ จะได้รับ Username & Password สำหรับเข้าใช้งาน



- ชื่อ
- นามสกุล
- อายุ
- สัญชาติ
- เลขประจำตัวประชาชน
- เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- ที่อยู่ : เลขที่, หมู่บ้าน/อาคาร, หมู่, ตรอก/ซอย, ถนน
- จังหวัด
- อำเภอ/เขต
- ตำบล/แขวง
- รหัสไปรษณีย์
- เบอร์โทรศัพท์
- อีเมล

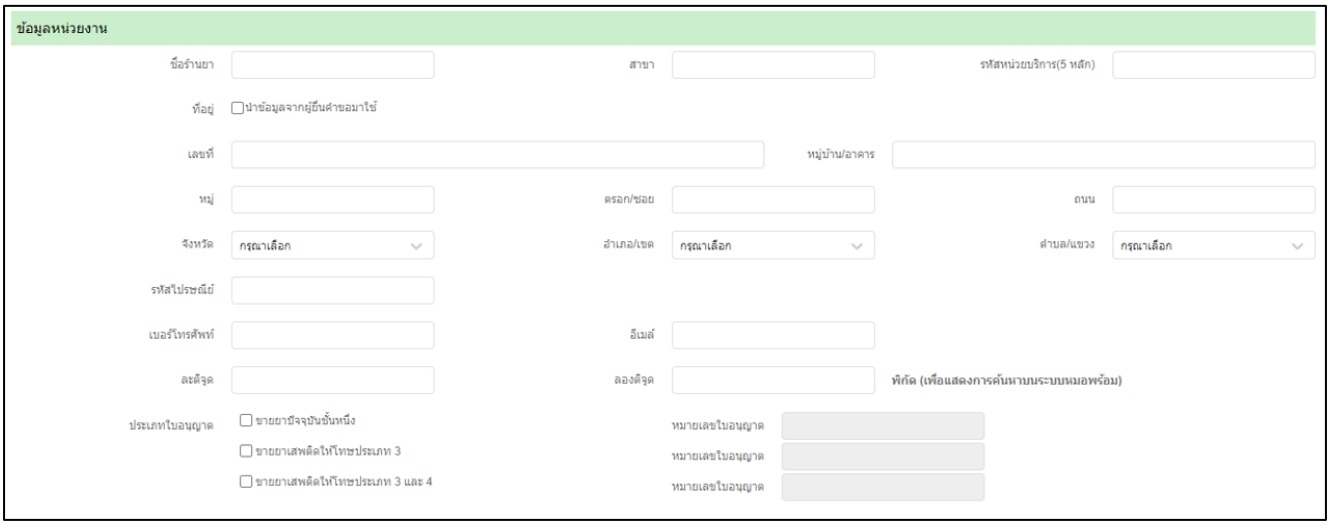
- มีหน้าที่ : แพทย์ / พยาบาล / เภสัชกร / นักเทคนิคการแพทย์ / นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ / ทันตแพทย์ /ผู้บริหาร / อื่นๆ
- ประเภท :
    - ร้านยา (ร้านยาที่ได้รับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน)
        - ประเภทหน่วยบริการ :
          ทั่วไป / คุณภาพ / เลิกบุหรี่ / คุณภาพ,เลิกบุหรี่ / คุณภาพ,HI / คุณภาพ,เลิกบุหรี่,HI / อื่นๆ
    - คลินิก
      (คลินิกทุกประเภทที่ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล และใบอนุญาตประกอบกิจการ ถูกต้อง และใบอนุญาตยังไม่หมดอายุ)
    - โรงพยาบาล/หน่วยงานภาครัฐ
        - ประเภทหน่วยบริการ :
          สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ / สถานีอนามัย / สถานบริการสาธารณสุขชุมชน / โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน / ศูนย์สุขภาพชุมชน ของ รพ. / ศูนย์สุขภาพชุมชน สธ. / ศูนย์วิชาการ / โรงพยาบาล นอก สป.สธ. / โรงพยาบาล นอก สธ. / ศูนย์บริการสาธารณสุข / ศูนย์สุขภาพชุมชน นอก สธ. / โรงพยาบาลเอกชน / โรงพยาบาล,ศูนย์บริการสาธารณสุข สาขา / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์-กรมวิทย์ / หน่วยงานภาครัฐอื่น (ระบุ)
    - หน่วยงานเอกชน / อื่นๆ
        - ประเภทหน่วยบริการ :
          สถานประกอบกิจการ / สถานศึกษา / หน่วยงานเอกชนอื่น (ระบุ)
    - หน่วยงานกลาง (ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข) : กรม / กองต่างๆ ที่อยู่ภายในกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อกรอกข้อมูลในหน้าจอครบถ้วนแล้วกดปุ่ม “ถัดไป”

<u>ส่วนที่ ๒ : ข้อมูลหน่วยงาน</u>

ให้ผู้ยื่นคำขอบันทึกข้อมูลของหน่วยงาน ร้านยา/คลินิก/สถานพยาบาล ตามแบบฟอร์มในหน้าจอให้ครบถ้วน

*** ระบบจะให้บันทึกข้อมูลตามประเภทหน่วยบริการที่**<u>ผู้ยื่นคำขอ</u>** ได้เลือกประเภทไว้ในส่วนที่ ๑ หากหน้าจอแสดงประเภทคลินิกหรือหน่วยงานไม่ถูกต้อง ผู้ยื่นคำขอต้องกลับไปแก้ไขข้อมูลในส่วนที่ ๑ ให้ถูกต้องก่อน



รหัสหน่วยบริการ (๕ หลัก)

- หน่วยงานบริการสุขภาพ สามารถตรวจสอบรหัสหน่วยบริการสุขภาพ ที่เว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

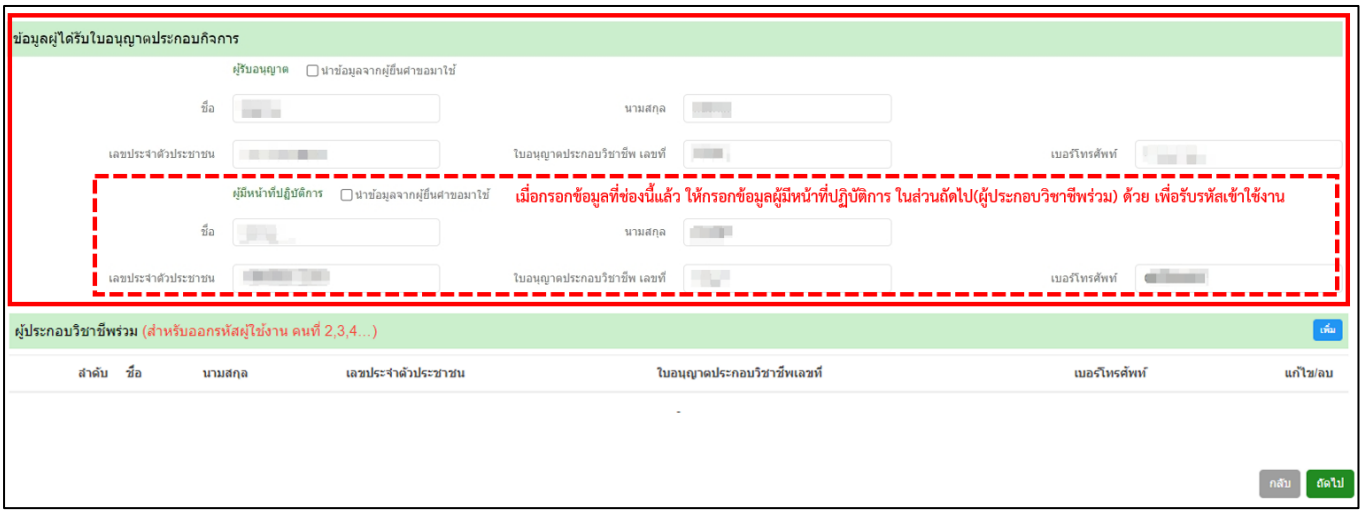
http://203.157.10.8/hcode_2020/query_set.php

- ร้านยาและคลินิก ที่ไม่มีรหัสหน่วยบริการ ให้ใส่ เครื่องหมาย “ - ” ที่ช่องรหัสหน่วยบริการ (5 หลัก)

ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ

ผู้ได้รับอนุญาต : กรณี หน่วยงานภาครัฐ ให้ใส่ ชื่อผู้บริหาร ของหน่วยงาน

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ : กรณี ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ และ ผู้ยื่นคำขอ ไม่ใช่คนเดียวกัน เมื่อกรอกข้อมูลที่ช่องนี้แล้ว ให้กรอกข้อมูลผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ในส่วนที่ ๔ (ผู้ประกอบวิชาชีพร่วม) ด้วย เพื่อรับรหัสเข้าใช้งาน



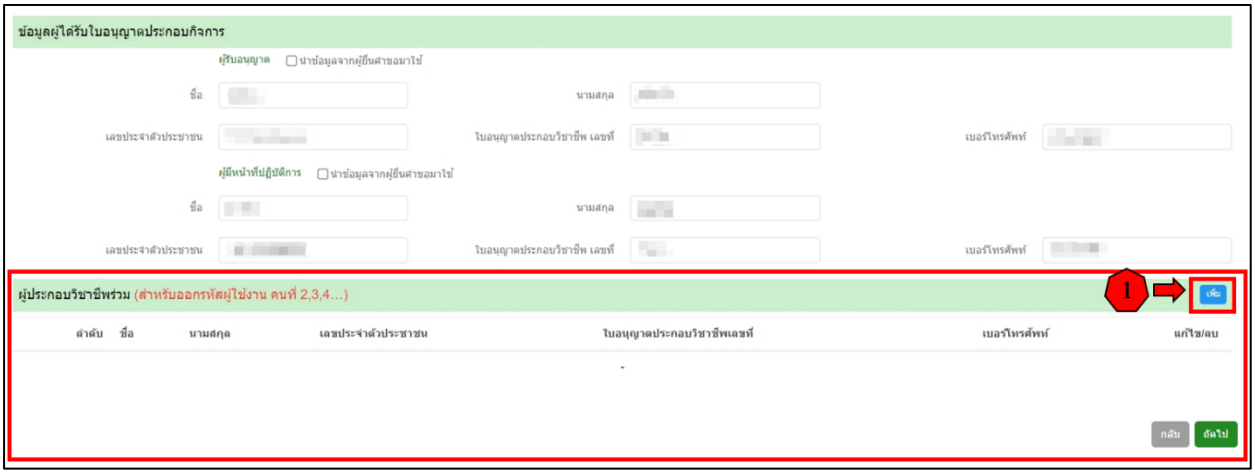
ให้กรอกข้อมูลบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน รายงานผลตรวจ ให้ครบทุกคน
โดยผู้ที่มีรายชื่อในส่วนนี้ หลังได้รับอนุมัติ จะได้รับ Username & Password รายบุคคล

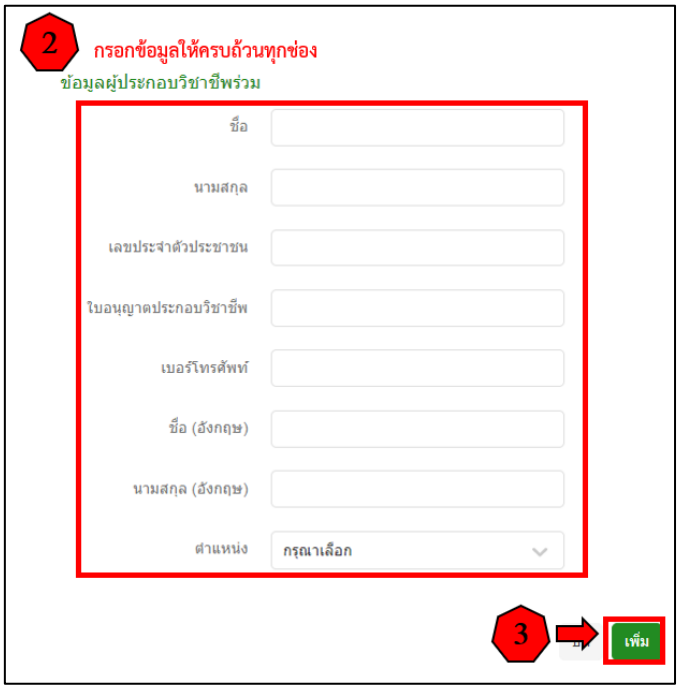
๑.) กดปุ่ม “เพิ่ม”

๒.) กรอกข้อมูลผู้ประกอบวิชาชีพร่วม ให้ครบถ้วนทุกช่อง

- ชื่อ
- นามสกุล
- เลขประจำตัวประชาชน
- ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- เบอร์โทรศัพท์
- ชื่อ (ภาษาอังกฤษ)
- นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)
- ตำแหน่ง : แพทย์ / พยาบาล / เภสัชกร / นักเทคนิคการแพทย์ / นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ / ทันตแพทย์ /ผู้บริหาร / อื่นๆ

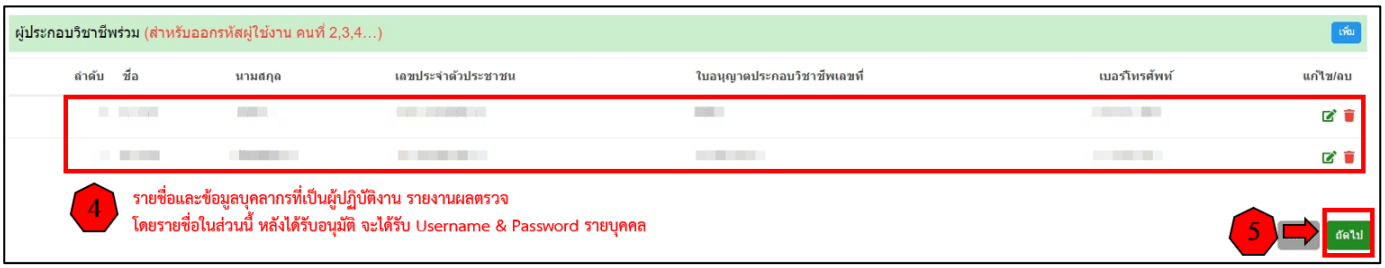
๓.) กดปุ่ม “เพิ่ม”



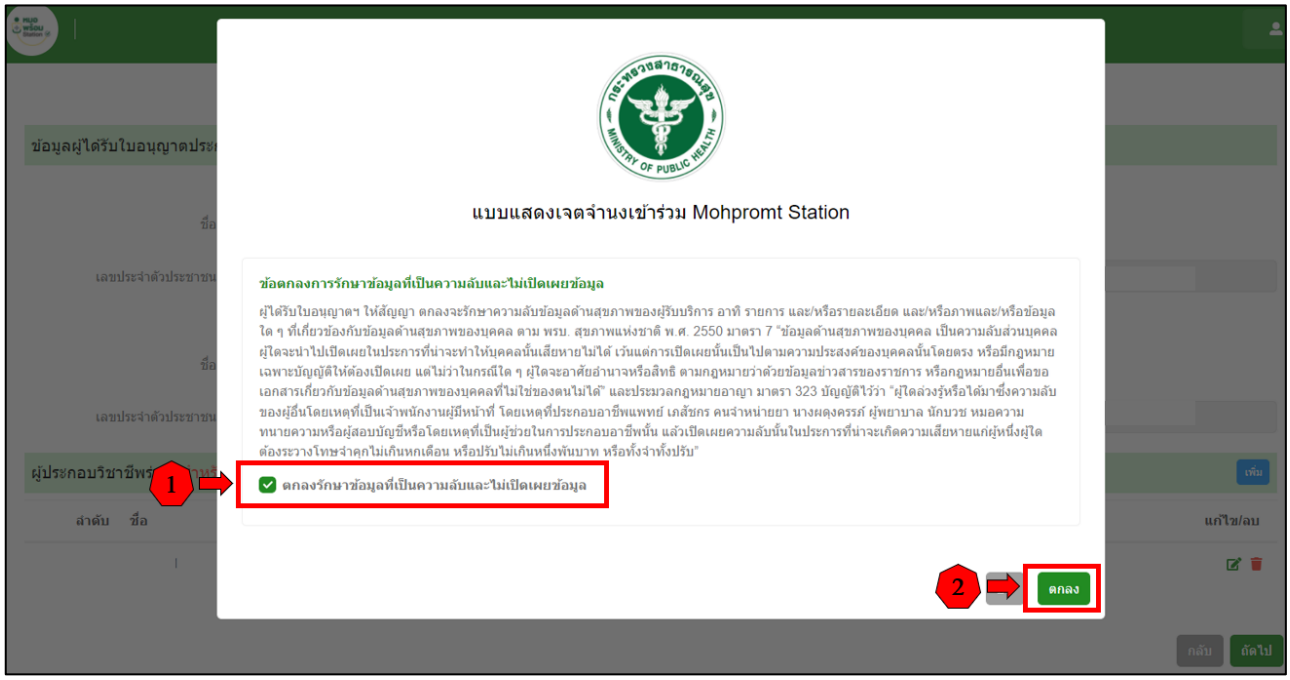


๔.) หน้าจอจะแสดงรายชื่อและข้อมูลบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน รายงานผลตรวจ
ให้เพิ่มข้อมูลบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน รายงานผลตรวจ ให้ครบทุกคน

๕.) กดปุ่ม “ถัดไป”

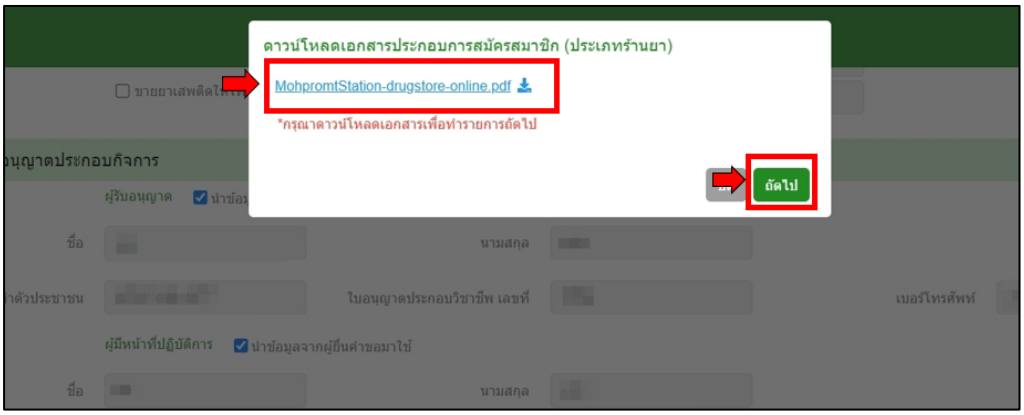


๑.๓. หน้าจอแสดงหน้าสำหรับให้ยืนยัน “ข้อตกลงการรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล”
โดยอ่านรายละเอียด และกด “ตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล” จากนั้นกดปุ่ม “ตกลง”



๑.๔. เมื่อกด “ตกลง” หน้าจอจะแสดงข้อความแจ้งให้ดาวน์โหลดไฟล์เอกสาร “แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม MOH PROMPT Station” ของแต่ละประเภทที่ลงทะเบียน

- หากเตรียมเอกสารไว้พร้อมแล้ว ให้กด “ถัดไป”
- ถ้ายังไม่มี File เอกสาร ให้กด ดาวน์โหลดไฟล์



๑.๕. หน้าจอจะแสดงหน้าสำหรับอัปโหลดเอกสารประกอบการลงทะเบียน

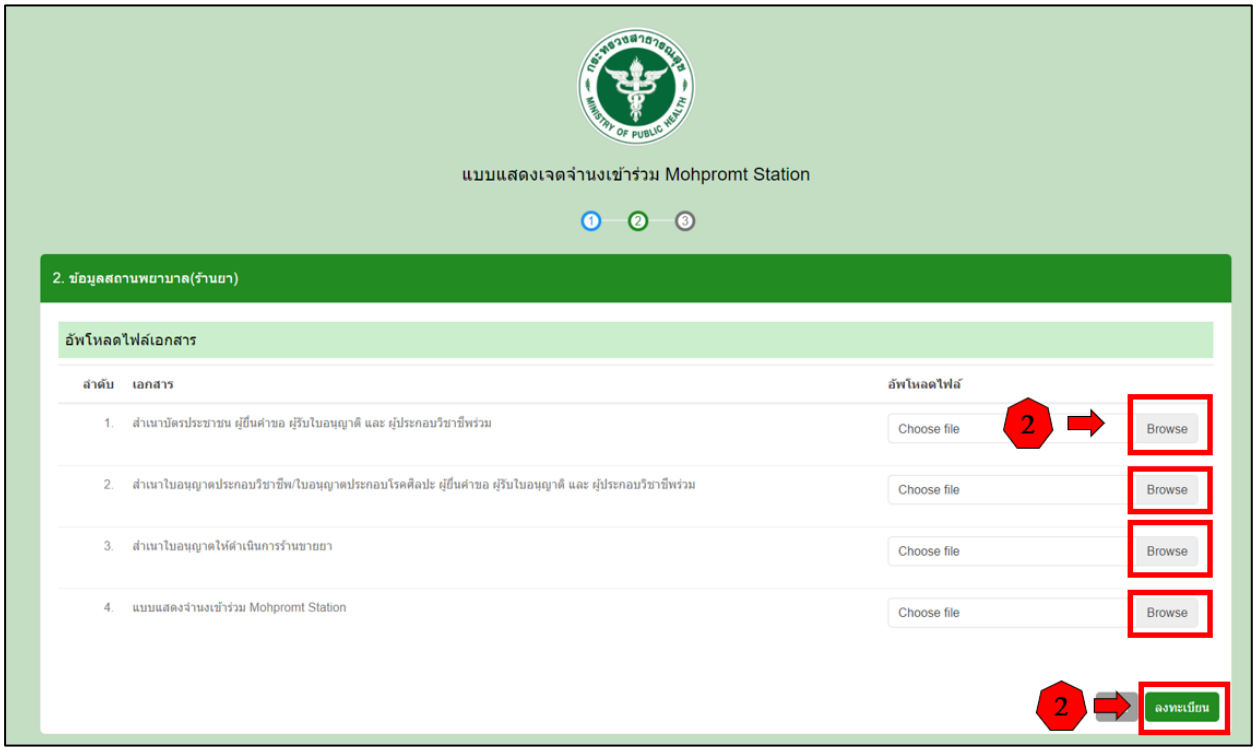
ให้อัปโหลดเอกสารประกอบการสมัครผ่านเว็บไซต์ (ไม่ต้องส่งเอกสารฉบับจริง)

๑.) กดปุ่ม “Browse” เพื่อเลือกไฟล์เอกสารที่ต้องการอัปโหลด

- เอกสารประกอบการลงทะเบียนของคลินิกแต่ละประเภทจะไม่เหมือนกัน ให้ตรวจสอบรายการเอกสารประกอบการลงทะเบียน ตามที่ระบุไว้แนบท้ายเอกสาร “แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วมหมอพร้อม Station”
- เลือกอัปโหลด เฉพาะไฟล์เอกสารประกอบการลงทะเบียนตามประเภทของคลินิกเท่านั้น (เอกสารที่ไม่เกี่ยวข้องหรือไม่ได้ระบุไว้ท้ายเอกสารแบบแสดงเจตจำนงฯ ก็สามารถข้ามได้)
- ไฟล์เอกสารที่จะอัปโหลด ให้บันทึกเป็น PDF file หากมีเอกสารมากกว่า ๑ หน้า ให้รวมเอกสารเป็นไฟล์เดียวกันให้เรียบร้อยก่อน แล้วจึงกดอัปโหลด

  เช่น ถ้ามีรายการผู้ยื่นคำขอ ๓ คน ต้องบันทึกสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของทั้ง ๓ คน ให้ต่อเนื่องกันเป็น ๑ ไฟล์ก่อน แล้วจึงกดอัปโหลด
- ขนาดไฟล์ ไม่เกิน ๑๐ MB

๒.) เมื่ออัปโหลดไฟล์เรียบร้อยแล้ว กด “ลงทะเบียน”



ข้อแนะนำ : หากไม่มีเครื่อง scan เอกสาร แนะนำให้ใช้โทรศัพท์มือถือ ดาวน์โหลด Application ที่ชื่อว่า “CamScanner” ใช้งานได้ทั้ง iOs และ Android

เอกสารประกอบการลงทะเบียน

ประเภท ร้านยา :

๑. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการร้านยา พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้ยื่นคำขอ ผู้รับอนุญาต และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเสริม พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (รวม ๑ ฉบับ)

๓. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ผู้ยื่นคำขอ ผู้รับอนุญาต และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเสริม พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (รวม ๑ ฉบับ)

๔. แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม MOH PROMPT Station สำหรับ ร้านยา ที่ให้ความยินยอมตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล พร้อมลงนามโดย ผู้ได้รับอนุญาต อย่างถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๕. เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ทั้งนี้ เอกสารหลักฐานทุกฉบับขอให้บันทึกเป็นไฟล์นามสกุล .pdf เท่านั้น เพื่อป้องกันการปลอมแปลงและแก้ไข

ประเภท คลินิก :

๑. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๒. สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้ยื่นคำขอ ผู้รับใบอนุญาต และ ผู้ประกอบวิชาชีพร่วม พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (รวม ๑ ฉบับ)

๔. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ผู้ยื่นคำขอ ผู้รับใบอนุญาต และผู้ประกอบวิชาชีพร่วม พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (รวม ๑ ฉบับ)

๕. สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรอง(กรณีคลินิกเฉพาะทาง) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๖. แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม MOH PROMPT Station สำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยค้างคืน (คลินิก) ที่ให้ความยินยอมตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล พร้อมลงนามโดย ผู้ได้รับอนุญาต อย่างถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๗. เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ทั้งนี้ เอกสารหลักฐานทุกฉบับขอให้บันทึกเป็นไฟล์นามสกุล .pdf เท่านั้น เพื่อป้องกันการปลอมแปลงและแก้ไข

ประเภท โรงพยาบาล/หน่วยงานภาครัฐ :

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้ยื่นคำขอ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๒. แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม MOH PROMPT Station สำหรับ โรงพยาบาล ที่ให้ความยินยอมตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล พร้อมลงนามโดย ผู้ได้ยื่นคำขอ และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล อย่างถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๓. เอกสารอื่นๆ เช่น ใบประกอบวิชาชีพผู้ยื่นคำขอ

ทั้งนี้ เอกสารหลักฐานทุกฉบับขอให้บันทึกเป็นไฟล์นามสกุล .pdf เท่านั้น เพื่อป้องกันการปลอมแปลงและแก้ไข

ประเภท หน่วยงานเอกชน/อื่นๆ :

๑. สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/พาสปอร์ต ผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นผู้ให้บริการ ประจำสถานประกอบกิจการ/หน่วยงาน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (รวม ๑ ฉบับ)

๔. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ของบุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นผู้ให้บริการประจำสถานประกอบกิจการ /หน่วยงาน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (รวม ๑ ฉบับ)

๕. แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม MOH PROMPT Station สำหรับหน่วยงานเอกชน/อื่นๆ ที่ให้ความยินยอมตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล พร้อมลงนามโดยผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานอย่างถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๖. เอกสารอื่นๆ (๑ ฉบับ)

ทั้งนี้ เอกสารหลักฐานทุกฉบับขอให้บันทึกเป็นไฟล์นามสกุล .pdf เท่านั้น เพื่อป้องกันการปลอมแปลงและแก้ไข

ประเภท หน่วยงานกลาง (ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข):

เฉพาะหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมวิชาการ, สำนัก/กอง ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้ได้รับอนุญาต และบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ดำเนินการประจำหน่วยงาน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกคน (รวม ๑ ฉบับ)

๒. แบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วม MOH PROMPT Station สำหรับ หน่วยงานส่วนกลาง ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความยินยอมตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล พร้อมลงนามโดยผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน อย่างถูกต้อง (๑ ฉบับ)

๓. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ดำเนินการประจำหน่วยงาน ทุกคน (รวม ๑ ฉบับ)

ทั้งนี้ เอกสารหลักฐานทุกฉบับขอให้บันทึกเป็นไฟล์นามสกุล .pdf เท่านั้น เพื่อป้องกันการปลอมแปลงและแก้ไข

๑.๖. หลังลงทะเบียนสำเร็จ หน้าจอจะแสดง เลข Reference Code ให้จดหรือเก็บเลข Reference Code ไว้เพื่อใช้สำหรับตรวจสอบสถานะการลงทะเบียน

๑.๗. Admin ตรวจสอบเอกสารและอนุมัติ

- ต่างจังหวัด/ส่วนภูมิภาค ตรวจสอบเอกสารและอนุมัติ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- กรุงเทพมหานคร และหน่วยงานส่วนกลาง ตรวจสอบเอกสารและอนุมัติ โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

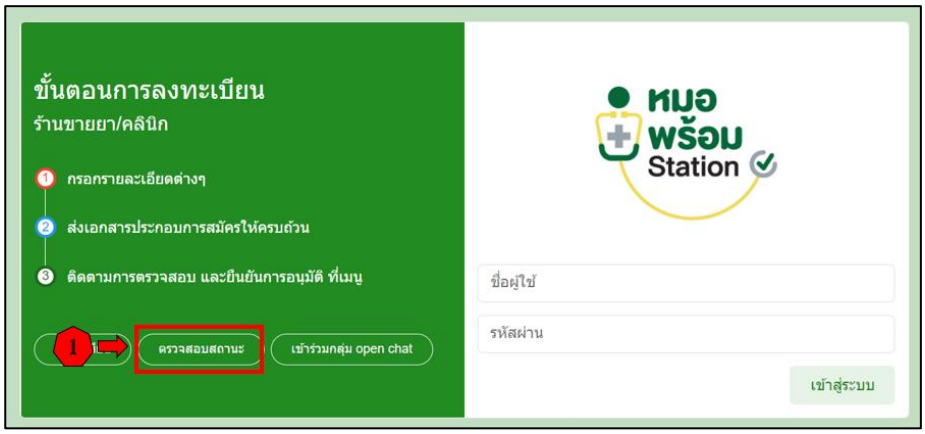
๑.๘. ตรวจสอบสถานะการลงทะเบียน ทางเว็บไซต์ https://mohpromtstation.moph.go.th/login

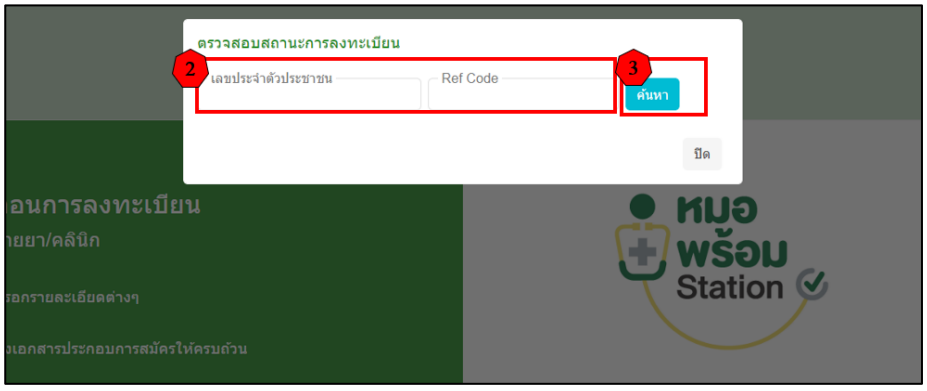
- กด “ตรวจสอบสถานะ”
- กรอก “เลขประจำตัวประชาชน” ที่ใช้ในการสมัคร และเลข “Ref Code” ที่ได้รับหลังการลงทะเบียน
- กด “ค้นหา” หน้าจอจะแสดงสถานะการลงทะเบียน

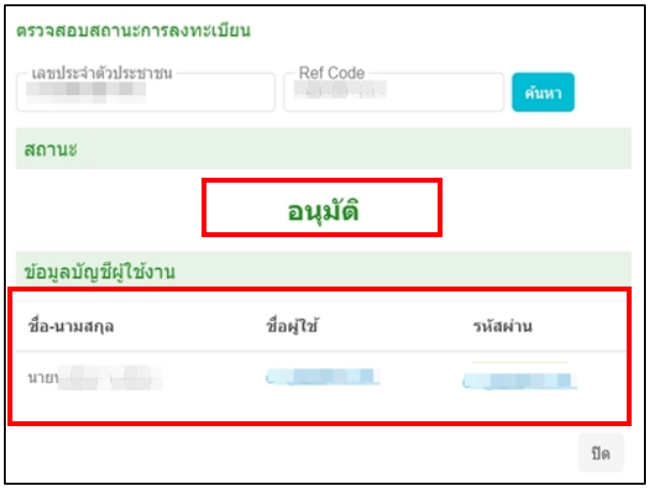
สถานะการลงทะเบียน

- รอรับเรื่อง : Admin ยังไม่ดำเนินการตรวจสอบเอกสาร
- รอตรวจสอบ : Admin รับทราบการลงทะเบียนแล้ว อยู่ระหว่างตรวจสอบเอกสาร
- แนบเอกสารเพิ่ม : Admin ตรวจสอบเอกสารแล้ว เอกสารไม่ครบถ้วน ให้ อัปโหลด เอกสารเพิ่ม ตามที่ระบุไว้
- อนุมัติ : เอกสารครบถ้วน ถูกต้อง

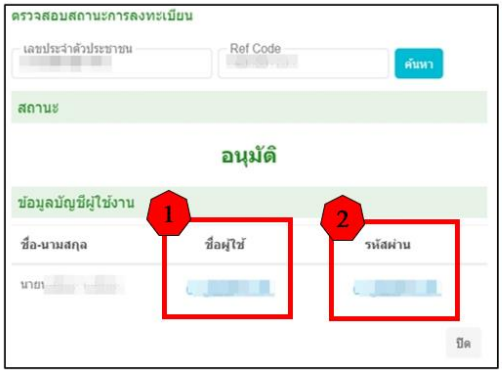
- หากสถานะได้รับการอนุมัติ หน้าจอจะแสดง “ชื่อผู้ใช้งานและรหัสผ่าน” สำหรับเข้าใช้งาน รายบุคคล







๑.๙. นำ ชื่อผู้ใช้งานและรหัสผ่าน ที่ได้รับหลังการอนุมัติ เพื่อ Login เข้าใช้งานระบบหมอพร้อม Station ผ่านทางเว็บไซต์ https://mohpromtstation.moph.go.th/login

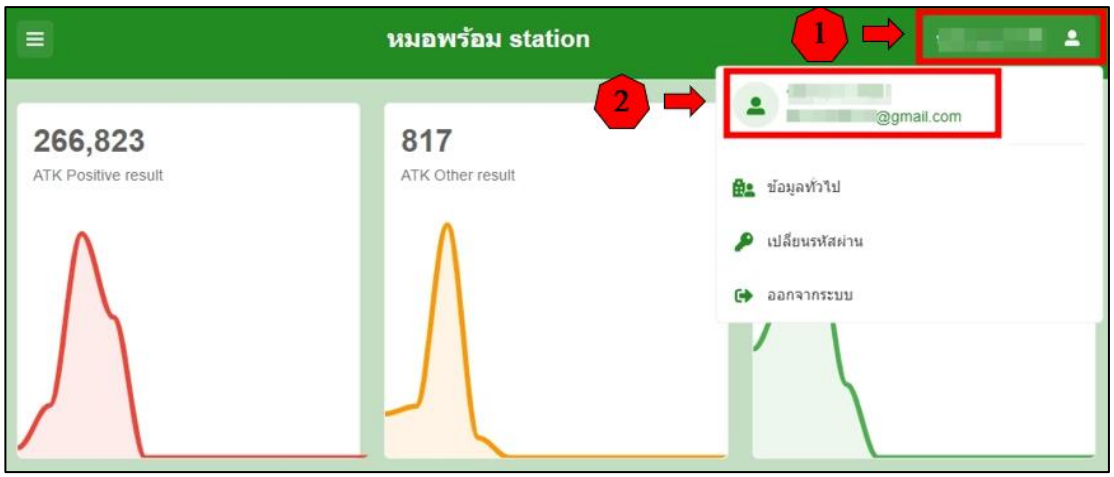


๒. ผู้ใช้งาน ตรวจสอบ/เพิ่ม/แก้ไข ข้อมูลผู้ใช้งานที่ “โปรไฟล์” และข้อมูลหน่วยงานที่ “ข้อมูลทั่วไป” เพื่อเป็นข้อมูลในการยื่นขอใช้ Digital Signature

๒.๑. กดที่ ชื่อผู้ใช้งาน มุมขวาบนของหน้าจอ

๒.๒. เลื่อนลงมาที่ ชื่อผู้ใช้งานและอีเมล และกดเลือก เพื่อแก้ไข “โปรไฟล์”

ให้ผู้ใช้งาน ตรวจสอบข้อมูลตนเอง โดย เพิ่ม/แก้ไข ข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วนทุกช่อง (ยกเว้น ช่อง Service ID และ ช่อง Service Secret ให้เว้นว่างไว้) และกด บันทึก



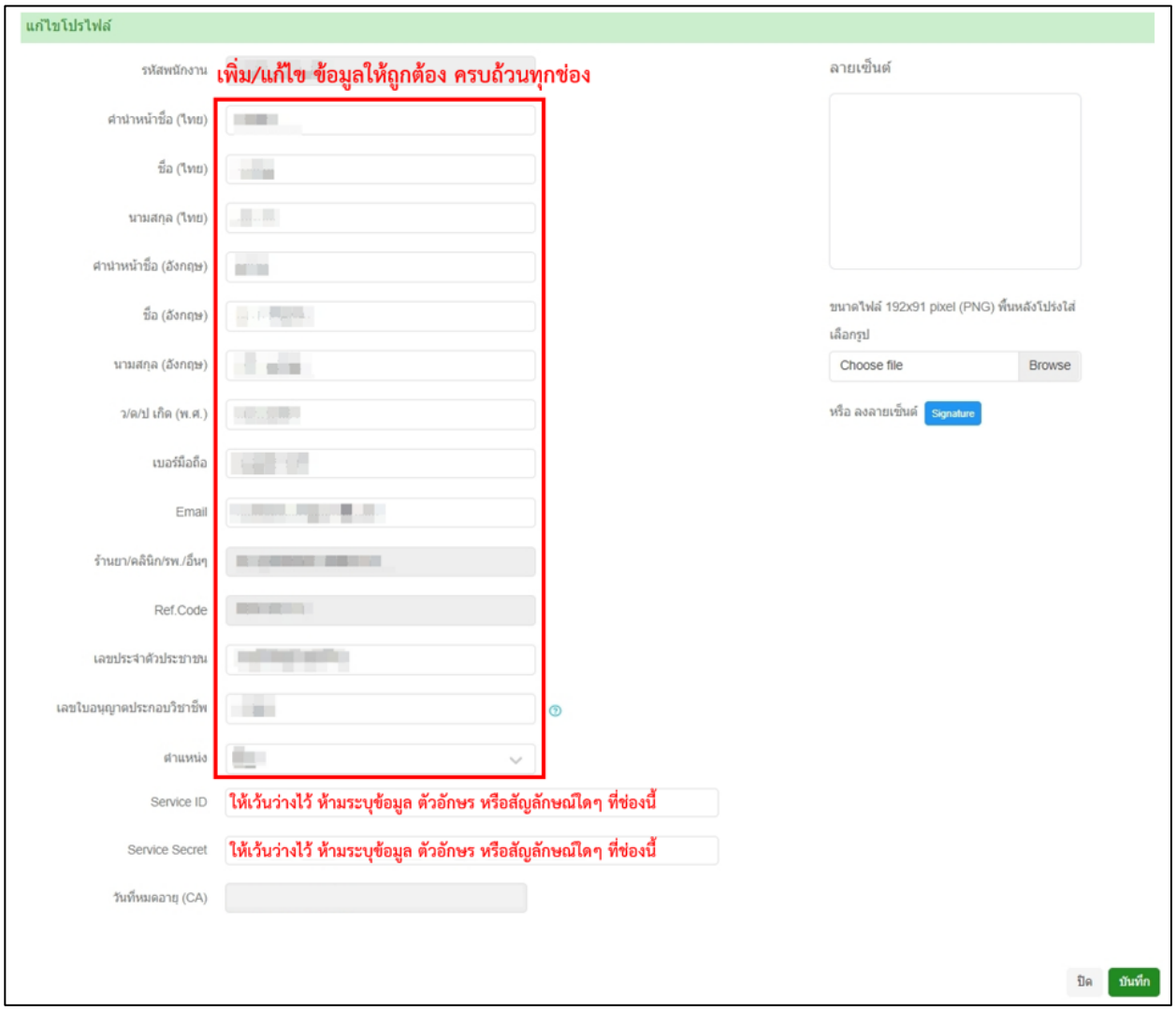
หน้าจอจะแสดงหน้า แก้ไขโปรไฟล์ โดยแสดงข้อมูลของผู้ใช้งาน

ให้ผู้ใช้งานกรอกข้อมูลทุกช่องให้ครบถ้วน (ยกเว้น ช่อง Service ID , Service Secret) พร้อมอัปโหลดลายมือชื่อ

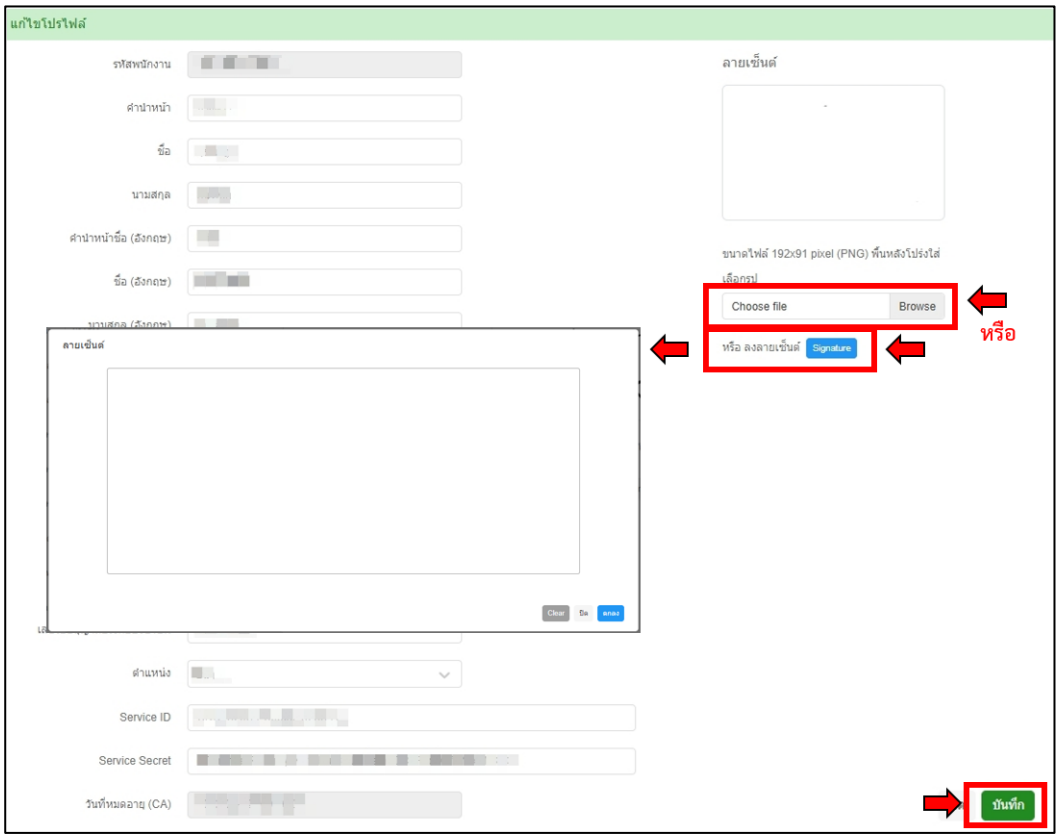
- คำนำหน้าชื่อ (ไทย)
- ชื่อ (ไทย)
- นามสกุล (ไทย)
- คำนำหน้าชื่อ (อังกฤษ)
- ชื่อ (อังกฤษ)
- นามสกุล (อังกฤษ)
- ว/ด/ป เกิด (พ.ศ.)
- เบอร์มือถือ
- Email
- เลขประจำตัวประชาชน
- เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- ตำแหน่ง
- Service ID : ให้เว้นว่างไว้ ห้ามระบุข้อมูล ตัวอักษร หรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่ช่องนี้
- Service Secret : ให้เว้นว่างไว้ ห้ามระบุข้อมูล ตัวอักษร หรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่ช่องนี้

จากนั้นกดเพิ่ม “ลายเซ็น” โดยสามารถอัปโหลดไฟล์ (ขนาดไฟล์ ๑๙๒x๙๑ pixel (PNG) พื้นหลังโปร่งใส) หรือกดปุ่ม “Signature” เพื่อสร้างลายเซ็น

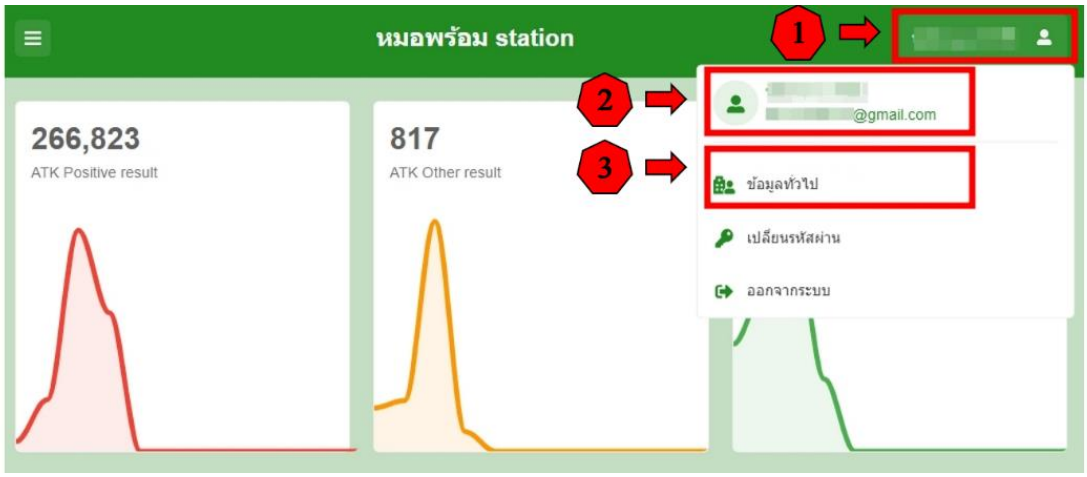
ขั้นตอนการเพิ่มลายเซ็นสามารถมาดำเนินการได้ภายหลังได้รับอนุมัติใช้ Digital Signature



กดเพิ่ม “ลายเซ็น” โดยสามารถอัปโหลดไฟล์ หรือกดปุ่ม “Signature” เพื่อสร้างลายเซ็น



๒.๓. กดที่ ชื่อผู้ใช้งาน มุมขวาบนของหน้าจอ
เลื่อนลงมาที่ “ข้อมูลทั่วไป” และกดเลือก เพื่อแก้ไขข้อมูลหน่วยงาน
ให้ผู้ใช้งาน ตรวจสอบข้อมูลทั่วไปของหน่วยงาน โดย เพิ่ม/แก้ไข ข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วนทุกช่อง (ยกเว้น ช่อง Service ID, Service Secret ให้เว้นว่างไว้) และกด บันทึก

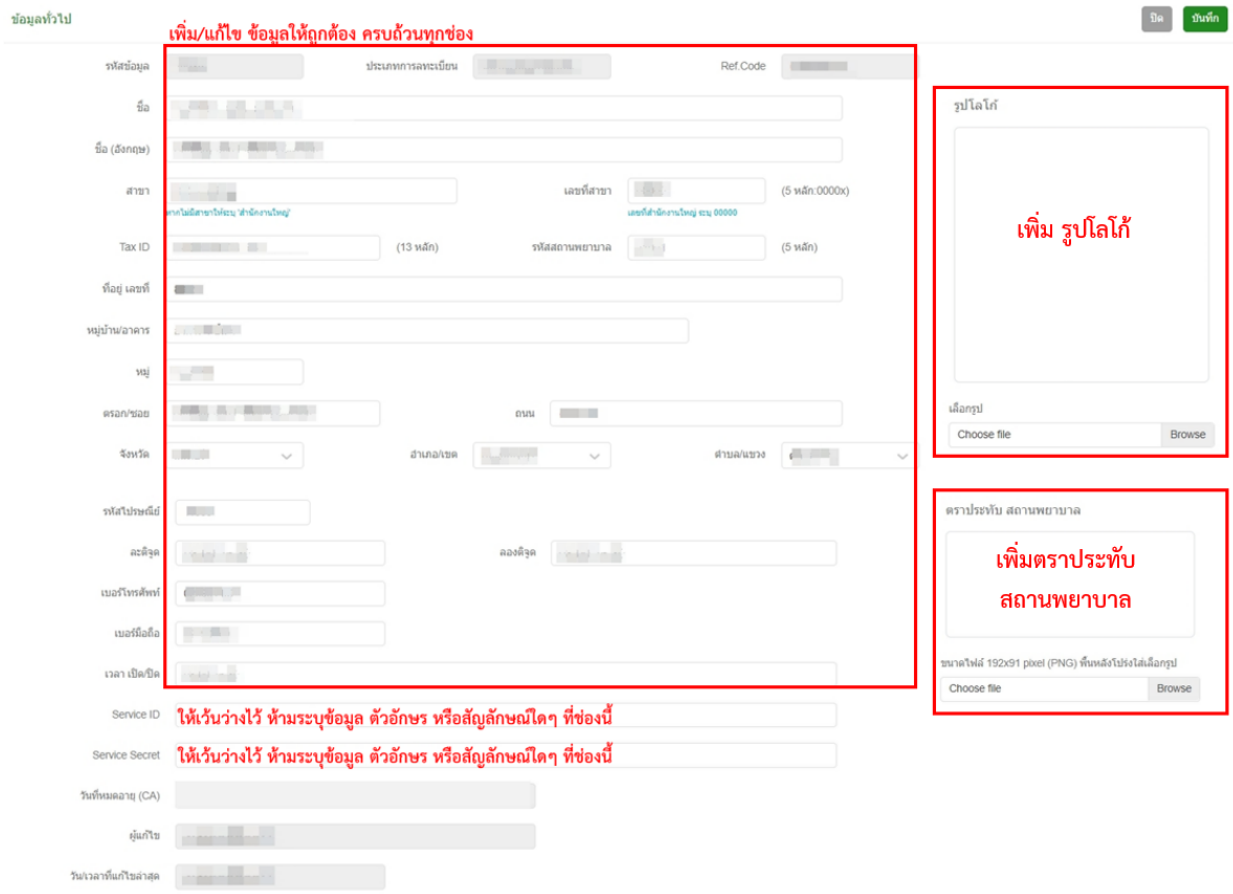


หน้าจอจะแสดงหน้า ข้อมูลทั่วไป โดยแสดงข้อมูลหน่วยงาน
ให้ผู้ใช้งานกรอกข้อมูลทุกช่องให้ครบถ้วน (ยกเว้น ช่อง Service ID , Service Secret)
พร้อมอัปโหลดรูปโลโก้ และตราประทับสถานพยาบาล

- ชื่อ : ชื่อหน่วยงาน ภาษาไทย
- ชื่อ (อังกฤษ) : ชื่อหน่วยงาน ภาษาอังกฤษ
- สาขา : หากไม่มีสาขาให้ระบุ “สำนักงานใหญ่”
- เลขที่สาขา : เลขที่สำนักงานใหญ่ ระบุ 00000
- Tax ID : จำนวน ๑๓ หลัก
- ที่อยู่
  เลขที่, หมู่บ้าน/อาคาร, หมู่, ตรอก/ซอย, ถนน, จังหวัด, อำเภอ/เขต ,ตำบล/แขวง, รหัสไปรษณีย์
- ละติจูด, ลองติจูด
- เบอร์โทรศัพท์
- เบอร์มือถือ
- เวลา เปิด/ปิด
- Service ID : ให้เว้นว่างไว้ ห้ามระบุข้อมูล ตัวอักษร หรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่ช่องนี้
- Service Secret : ให้เว้นว่างไว้ ห้ามระบุข้อมูล ตัวอักษร หรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่ช่องนี้

จากนั้นให้เพิ่ม “รูปโลโก้” โดยกดปุ่ม “Browse” เพื่อเลือกรูปและอัปโหลดไฟล์
และเพิ่ม “ตราประทับสถานพยาบาล” โดยกดปุ่ม “Browse” เพื่ออัปโหลดไฟล์
(ขนาดไฟล์ ๑๙๒x๙๑ pixel (PNG) พื้นหลังโปร่งใส)

ขั้นตอนการเพิ่มรูปโลโก้ และตราประทับสถานพยาบาล สามารถมาดำเนินการได้ภายหลังได้รับอนุมัติใช้ Digital Signature



หมายเหตุ : หลังจากที่มีผู้ใช้งานใน Ref Code. เดียวกัน ได้รับอนุมัติใช้งาน Digital Signature แล้ว ตรงช่อง Service ID และ Service Secret จะมีข้อมูลในช่องนี้ปรากฏมา

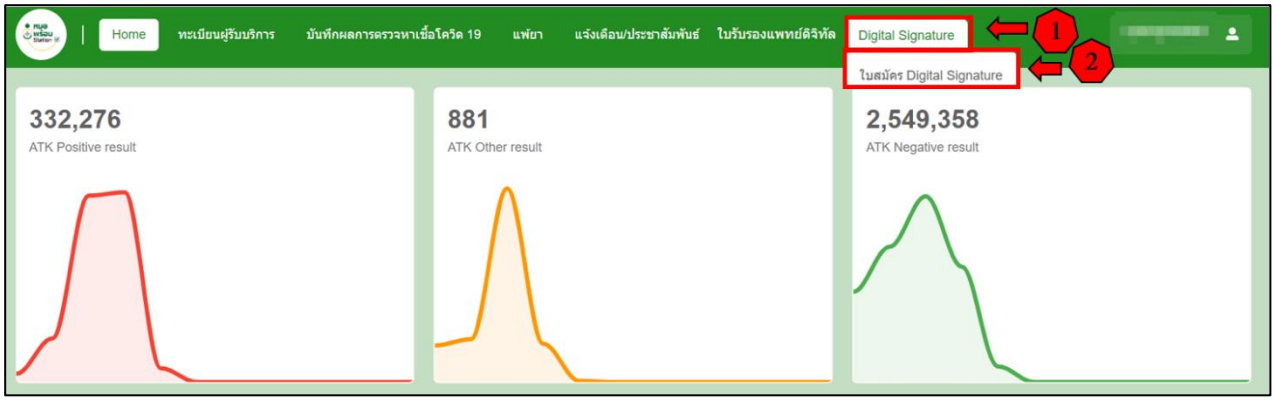
ห้ามลบหรือแก้ไขข้อมูลที่แสดงตรงช่อง Service ID และ Service Secret

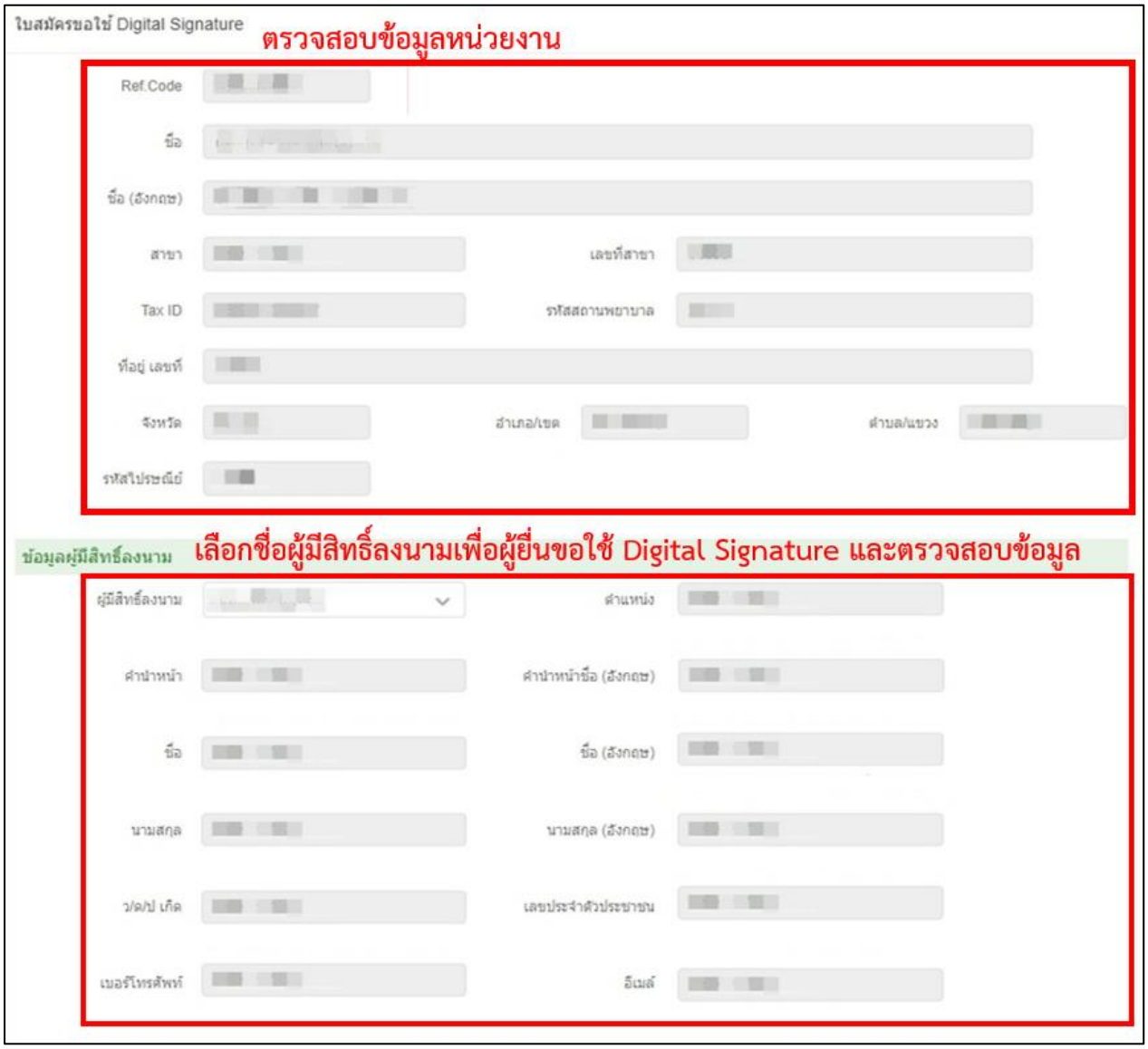
๓. ยื่นสมัครขอใช้ Digital Signature

๓.๑. เข้าเมนู “Digital Signature”

๓.๒. เลือก “ใบสมัคร Digital Signature”

หน้าจอจะแสดงข้อมูล สำหรับยื่นสมัครขอใช้ Digital Signature





หน้าจอจะแสดงข้อมูล สำหรับยื่นสมัครขอใช้ Digital Signature ๒ ส่วน ประกอบด้วย

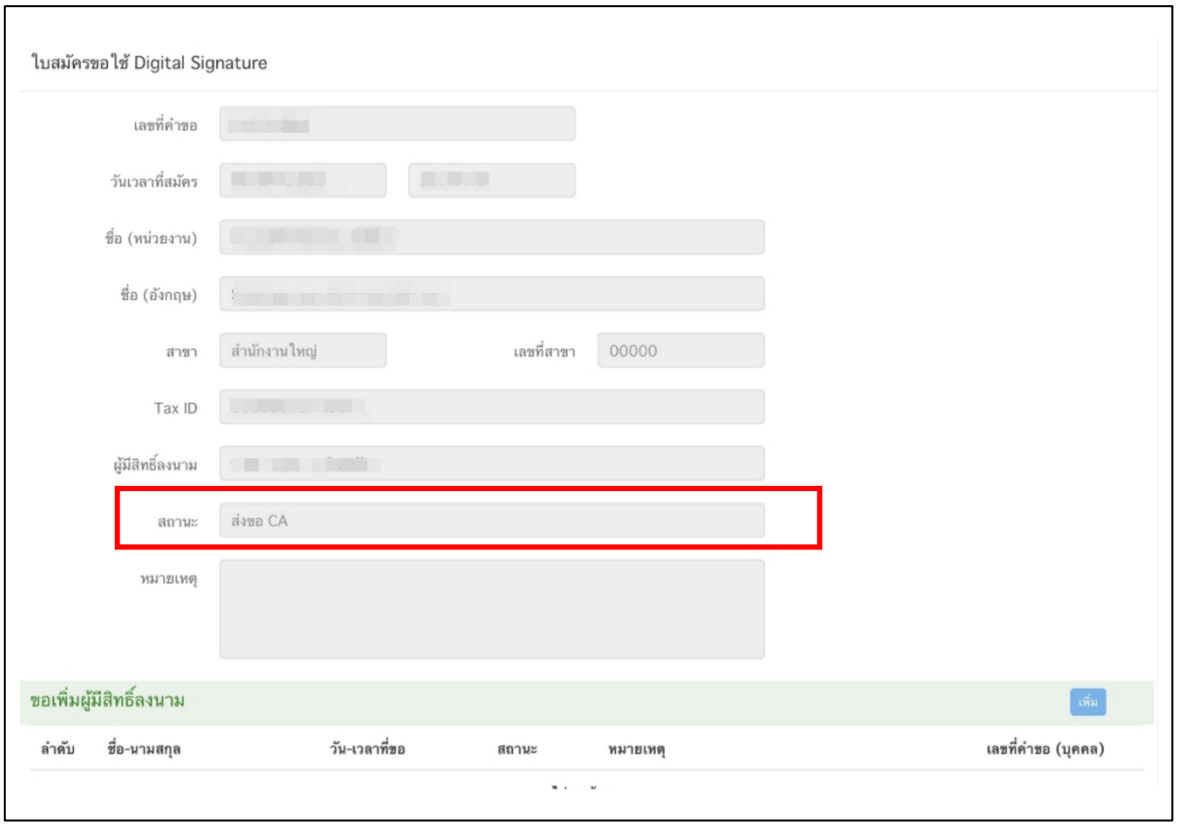
- ใบสมัครขอใช้ Digital Signature โดยหน้าจอจะแสดงข้อมูลของหน่วยงาน ดังนี้
  - Ref. Code
  - ชื่อ
  - ชื่อ (อังกฤษ)
  - สาขา
  - เลขที่สาขา
  - Tax ID
  - รหัสสถานพยาบาล
  - ที่อยู่ เลขที่
  - จังหวัด
  - อำเภอ/เขต
  - ตำบล/แขวง
  - รหัสไปรษณีย์

ให้ตรวจสอบข้อมูลหน่วยงาน หากข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือไม่ถูกต้อง
ให้ผู้ใช้งาน ไปเพิ่ม/แก้ไข ข้อมูล ตามข้อ ๒.

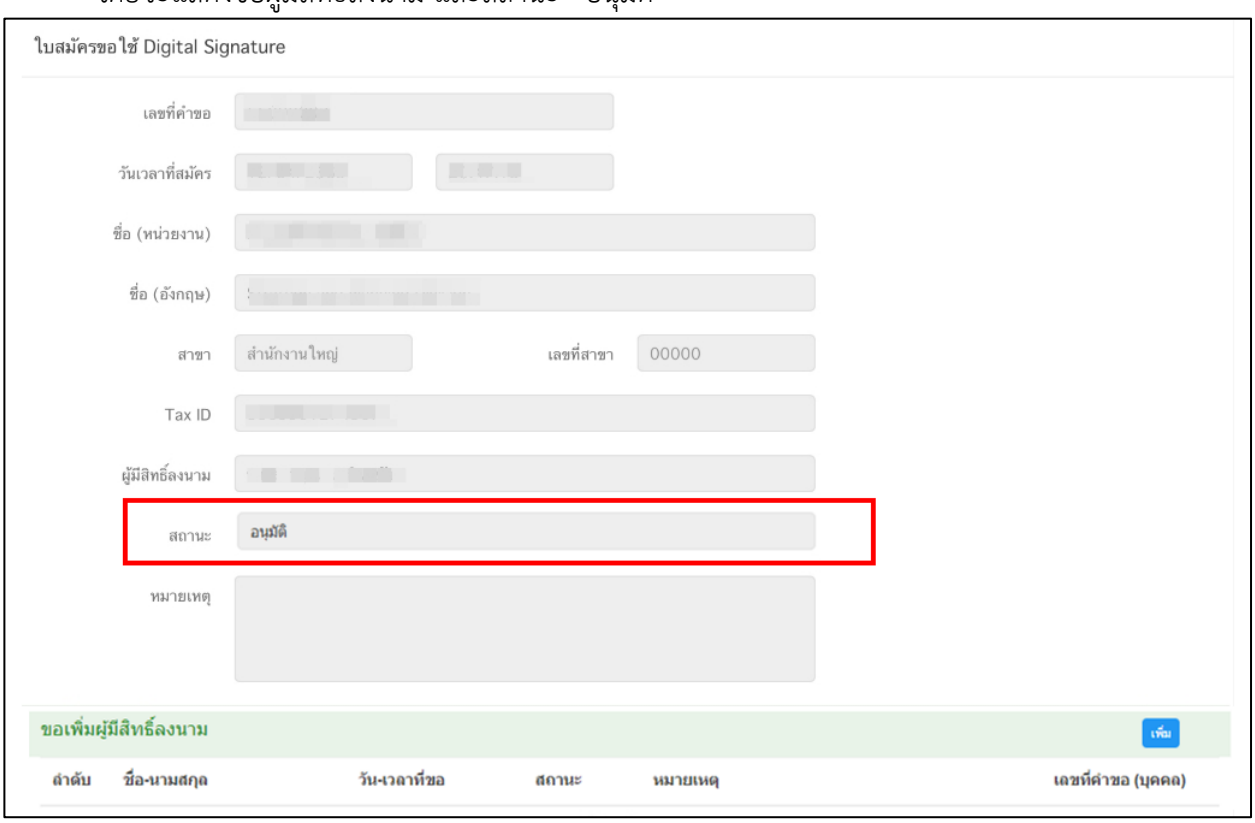
- ข้อมูลผู้มีสิทธิ์ลงนาม : ให้เลือกชื่อ “ผู้มีสิทธิ์ลงนาม” ที่อยู่ใน Ref Code. นั้น ๑ คน เพื่อยื่นขอใช้ Digital Signature ลำดับที่ ๑
  (โดยผู้ที่ยื่นขอใช้ Digital Signature ต้องอยู่ในหลักเกณฑ์/เงื่อนไขตามที่กำหนด)
  หน้าจอจะแสดงข้อมูลของผู้ใช้งานที่เป็นผู้ยื่นขอใช้ Digital Signature ดังนี้
  - ผู้มีสิทธิ์ลงนาม
  - ตำแหน่ง
  - คำนำหน้า
  - คำนำหน้าชื่อ (อังกฤษ)
  - ชื่อ
  - ชื่อ (อังกฤษ)
  - นามสกุล
  - นามสกุล (อังกฤษ)
  - ว/ด/ป เกิด
  - เลขประจำตัวประชาชน
  - เบอร์โทรศัพท์
  - อีเมล

ให้ตรวจสอบข้อมูลผู้ยื่นขอใช้ Digital Signature
หากข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือไม่ถูกต้อง ให้ผู้ใช้งาน ไปเพิ่ม/แก้ไข ข้อมูล ตามข้อ ๒.

๓.๓. ตรวจสอบข้อมูล และกดบันทึก หน้าจอจะแสดงสถานะการสมัครขอใช้ Digital Signature
โดยจะแสดงชื่อผู้มีสิทธิ์ลงนาม และสถานะ “ส่งขอ CA”



๓.๔. รอ admin ตรวจสอบและอนุมัติ
ตรวจสอบสถานะการสมัครขอใช้ Digital Signature ที่เมนู Digital Signature / ใบสมัคร Digital Signature
หน้าจอจะแสดงสถานะการสมัครขอใช้ Digital Signature
โดยจะแสดงชื่อผู้มีสิทธิ์ลงนาม และสถานะ “อนุมัติ”



๓.๕. หลังจากผู้ยื่นขอใช้ Digital Signature ได้รับการอนุมัติ

ให้ผู้ใช้งานเข้าตรวจสอบ ที่ข้อมูล “โปรไฟล์” และ “ข้อมูลทั่วไป”

ระบบจะแสดงข้อมูล Service ID, Service Secret และ วันที่หมดอายุ CA

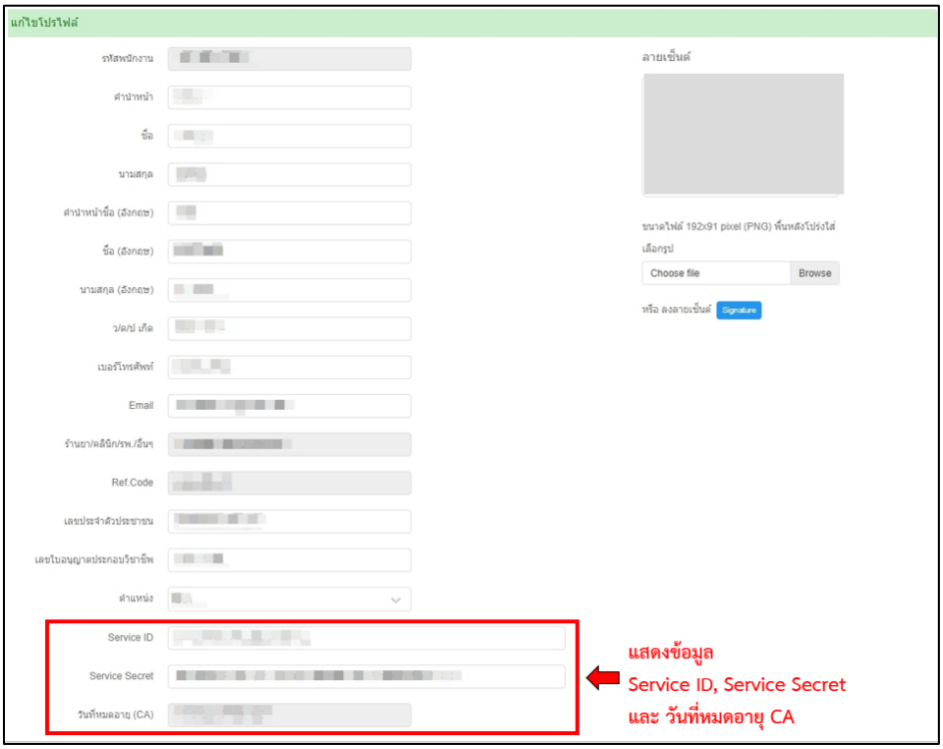
โดย Service ID, Service Secret ที่แสดงหน้าข้อมูล “โปรไฟล์” จะเป็นของผู้ที่ยื่นขอใช้ Digital Signature

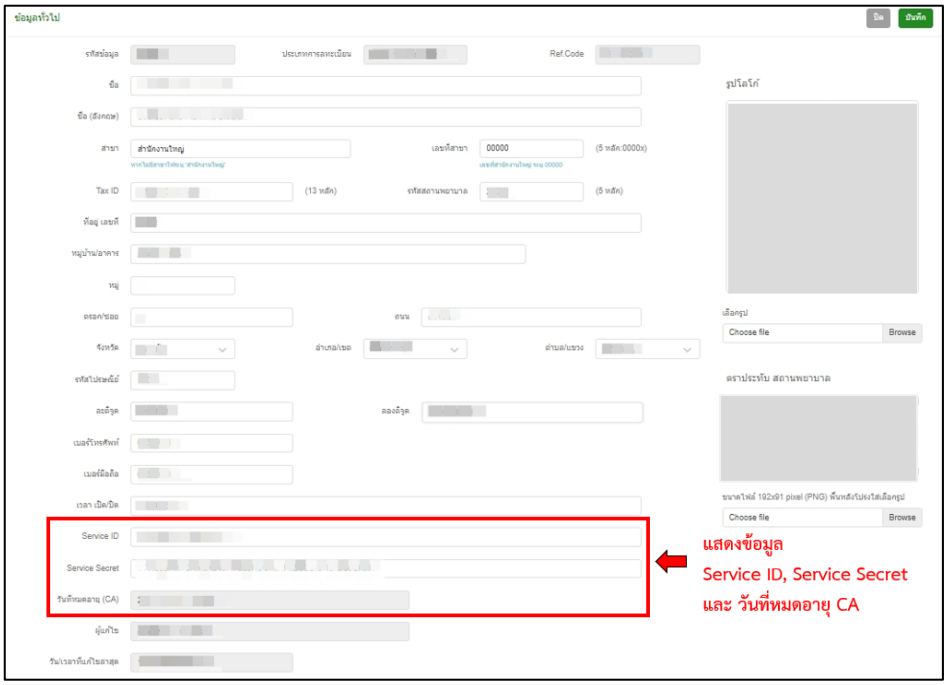
ส่วน Service ID, Service Secret ที่แสดงหน้า “ข้อมูลทั่วไป” จะเป็นของหน่วยงาน

ผู้ใช้งานใน Ref Code. เดียวกันจะแสดง Service ID, Service Secret ที่แสดงหน้า “ข้อมูลทั่วไป” เหมือนกัน

เมื่อข้อมูล Service ID และ Service Secret แสดงแล้ว

ห้ามลบหรือแก้ไขข้อมูลที่แสดงตรงช่อง Service ID และ Service Secret

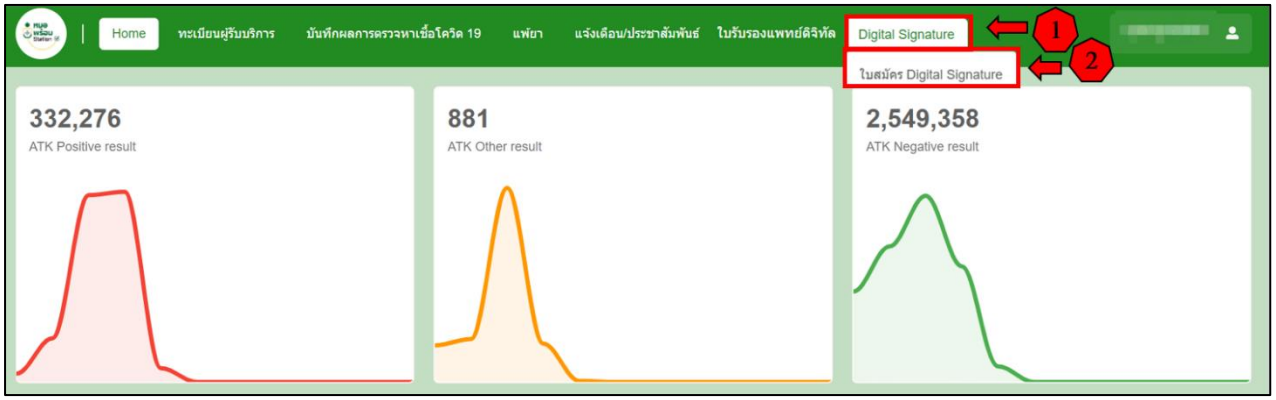




๔. ร้านยา/คลินิก/หน่วยบริการ ที่มีผู้ใช้งานใน Ref. Code มากกว่า ๑ คน และประสงค์สมัครขอใช้ Digital Signature หลังจากผู้ใช้งานคนที่ ๑ ได้รับการอนุมัติใช้ Digital Signature แล้ว ให้ผู้ใช้งานที่ ๒, ๓, ๔, ... กดขอเพิ่มผู้มีสิทธิ์ลงนาม

๔.๑. กดขอเพิ่มผู้มีสิทธิ์ลงนาม ที่เมนู Digital Signature

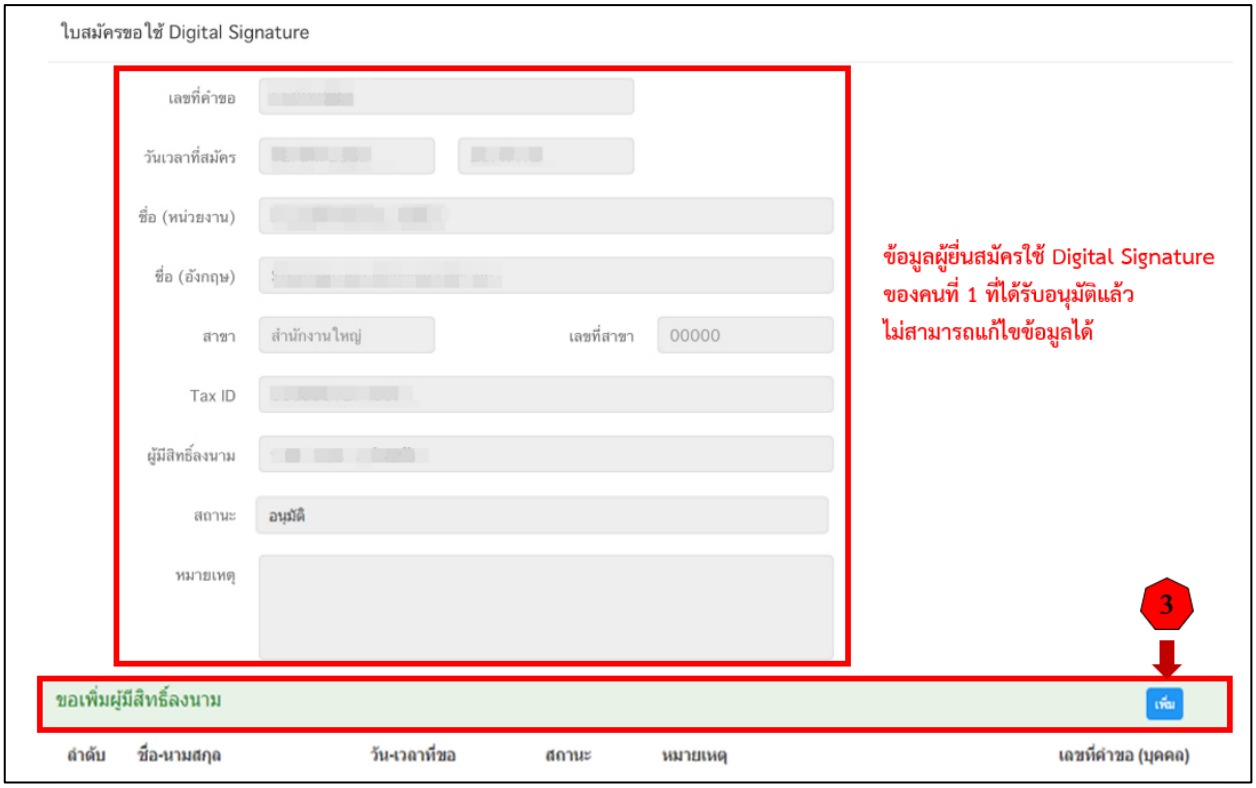
๔.๒. เลือก ใบสมัคร Digital Signature



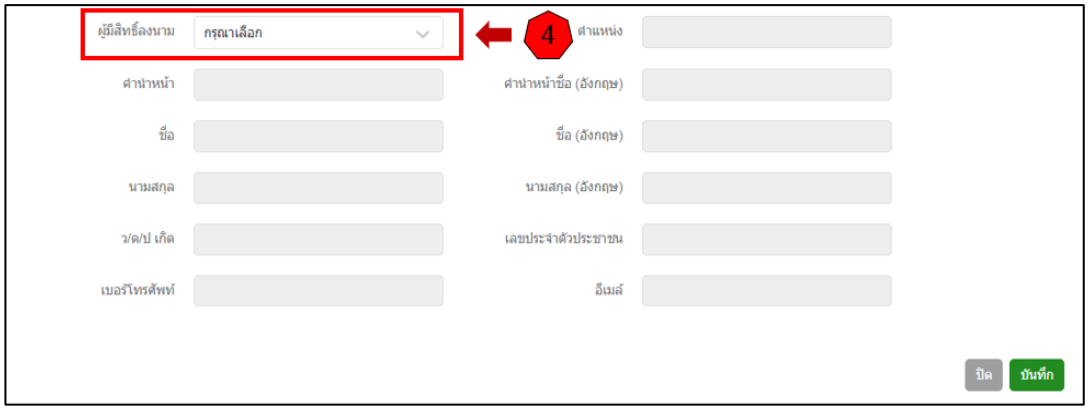
๔.๓. หน้าจอจะแสดงใบสมัครขอใช้ Digital Signature ของผู้ยื่นสมัครใช้ Digital Signature คนที่ ๑ ที่ได้รับอนุมัติแล้ว ซึ่งไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้

และหน้าจอขอเพิ่มผู้มีสิทธิ์ลงนาม คนที่ ๒, ๓, ๔, ... โดย กดปุ่ม“เพิ่ม” ปุ่มสีฟ้า

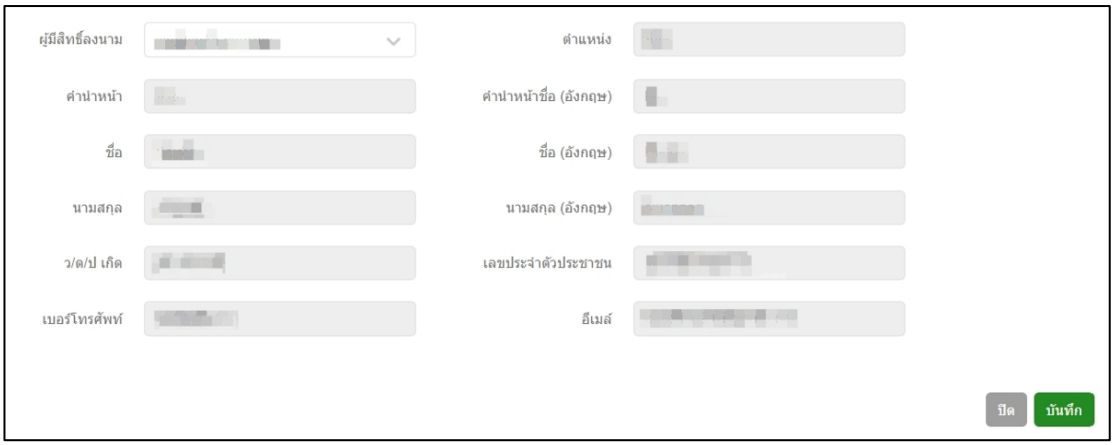
(ผู้ใช้งานที่ขอเพิ่มผู้มีสิทธิ์ลงนาม ขอใช้ Digital Signature ต้องอยู่ในหลักเกณฑ์/เงื่อนไขตามที่กำหนด)



๔.๔. เลือกชื่อผู้มีสิทธิ์ลงนาม คนที่ ๒, ๓, ๔, ...



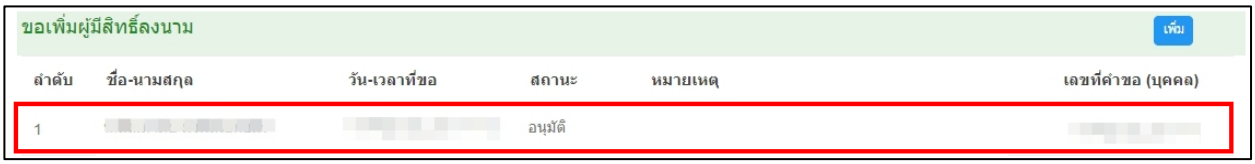
๔.๕. หน้าจอจะแสดงข้อมูล ของผู้มีสิทธิ์ลงนาม คนที่ ๒, ๓, ๔, ... สำหรับยื่นสมัครขอใช้ Digital Signature ให้ตรวจสอบข้อมูล และกดปุ่ม “บันทึก”



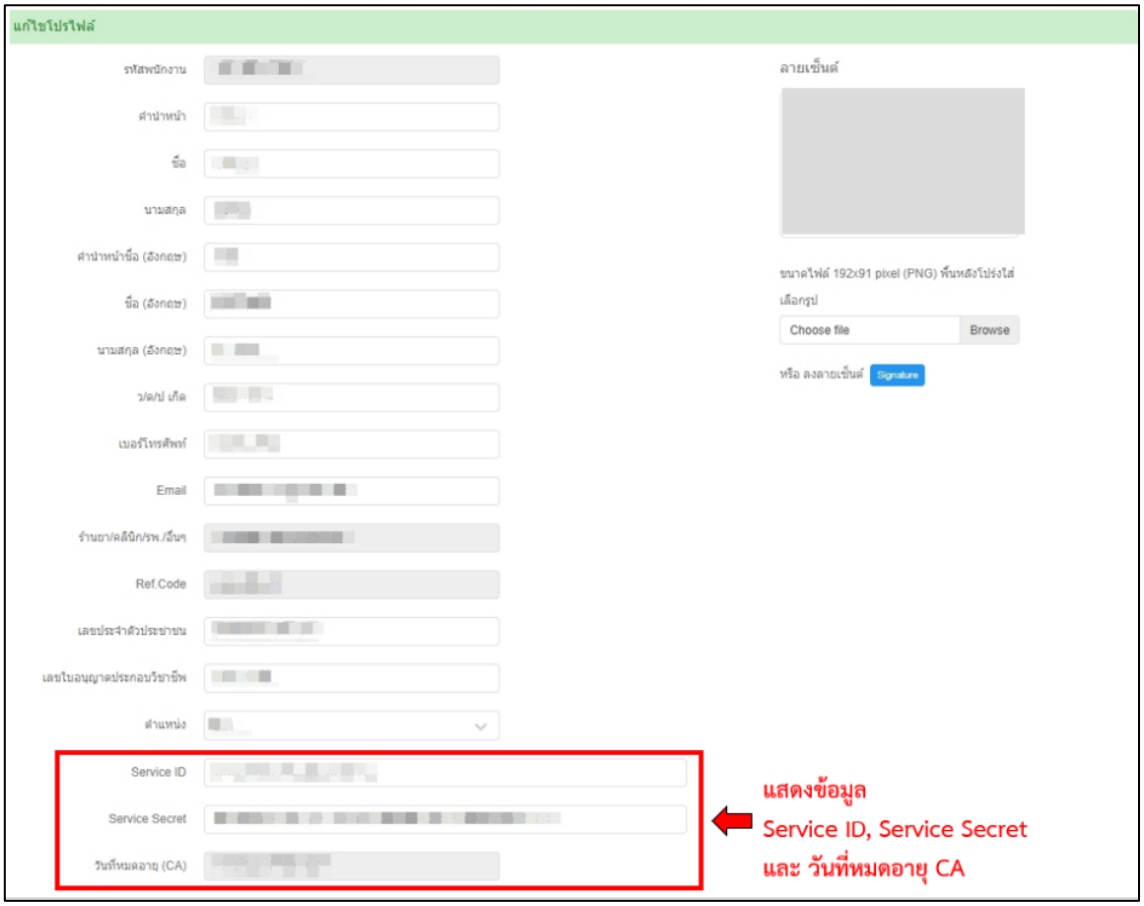
๔.๖. หน้าจอจะแสดงสถานะการสมัครขอใช้ Digital Signature ของผู้มีสิทธิ์ลงนาม คนที่ ๒ โดยจะแสดงชื่อผู้มีสิทธิ์ลงนาม และสถานะ “รอพิจารณา”

๔.๗. รอ admin ตรวจสอบและอนุมัติ

ตรวจสอบสถานะการสมัครขอใช้ Digital Signature ที่เมนู Digital Signature / ใบสมัคร Digital Signature หน้าจอจะแสดงสถานะการสมัครขอใช้ Digital Signature คนที่ ๒, ๓, ๔,...
โดยจะแสดงชื่อผู้มีสิทธิ์ลงนาม และสถานะ “อนุมัติ”



๔.๘. หลังได้รับการอนุมัติ ให้ผู้ยื่นสมัครขอใช้ Digital Signature คนที่ ๒, ๓, ๔,... เข้าตรวจสอบที่หน้าข้อมูล “โปรไฟล์” ระบบจะแสดงข้อมูล Service ID, Service Secret และ วันที่หมดอายุ CA



หมายเหตุ

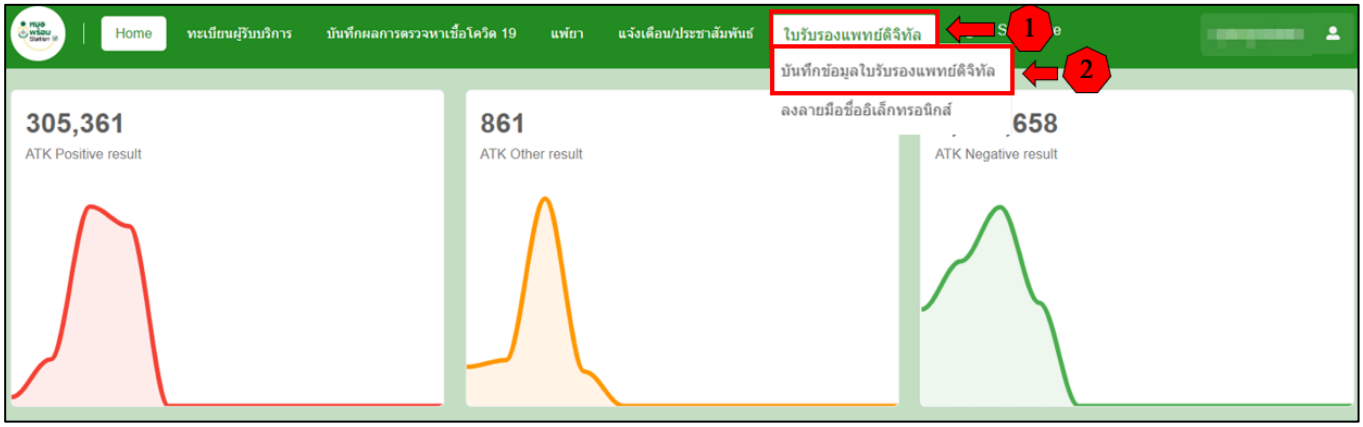
- การเพิ่มชื่อผู้มีสิทธิ์ลงนาม คนที่ ๒, ๓, ๔,... เพื่อสมัครขอใช้ Digital Signature สามารถเพิ่มได้หลังจากผู้ใช้งานคนที่ ๑ ได้รับการอนุมัติใช้ Digital Signature
- เมื่อกดเพิ่มชื่อผู้มีสิทธิ์ลงนาม คนที่ ๒ แล้ว สามารถกดชื่อผู้มีสิทธิ์ลงนาม คนที่ ๓, ๔ ,... ได้ โดยไม่ต้องรอให้ผู้มีสิทธิ์ลงนาม คนก่อนหน้าได้รับอนุมัติ

➢ ขั้นตอนการออกใบรับรองที่มี Digital Signature

๑. ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล

๑.๑. เข้าเมนู “ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล”

๑.๒. เลือก “บันทึกข้อมูลใบรับรองแพทย์ดิจิทัล”



๑.๓. หน้าจอแสดงหน้า บันทึกใบรับรองแพทย์ กดปุ่ม “เพิ่ม”

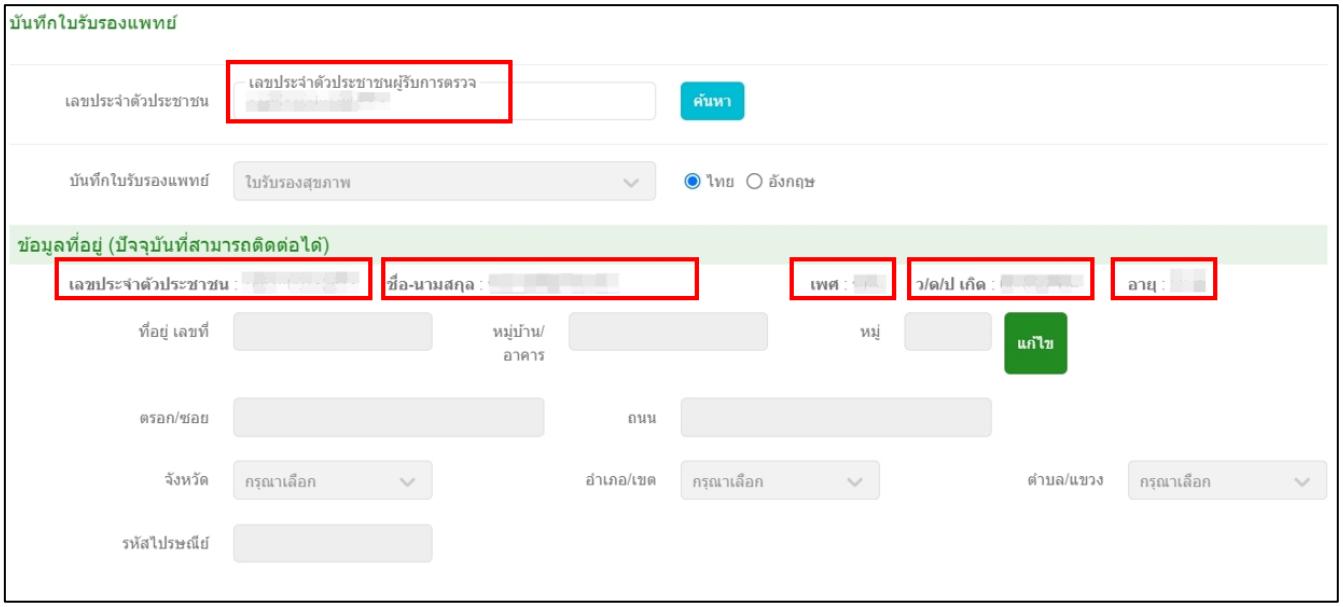
๑.๔. ใส่เลขประจำตัวประชาชนผู้รับการตรวจ และกดปุ่ม “ค้นหา”

๑.๕. หน้าจอแสดงหน้าสำหรับบันทึกข้อมูลใบรับรองแพทย์

ให้ตรวจสอบข้อมูลผู้รับบริการ และบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน

๑.๕.๑. หน้าจอแสดงข้อมูลผู้รับบริการ ให้ตรวจสอบข้อมูลผู้รับบริการ ดังนี้

- เลขประจำตัวประชาชน
- ชื่อ-นามสกุล
- เพศ
- ว/ด/ป เกิด
- อายุ

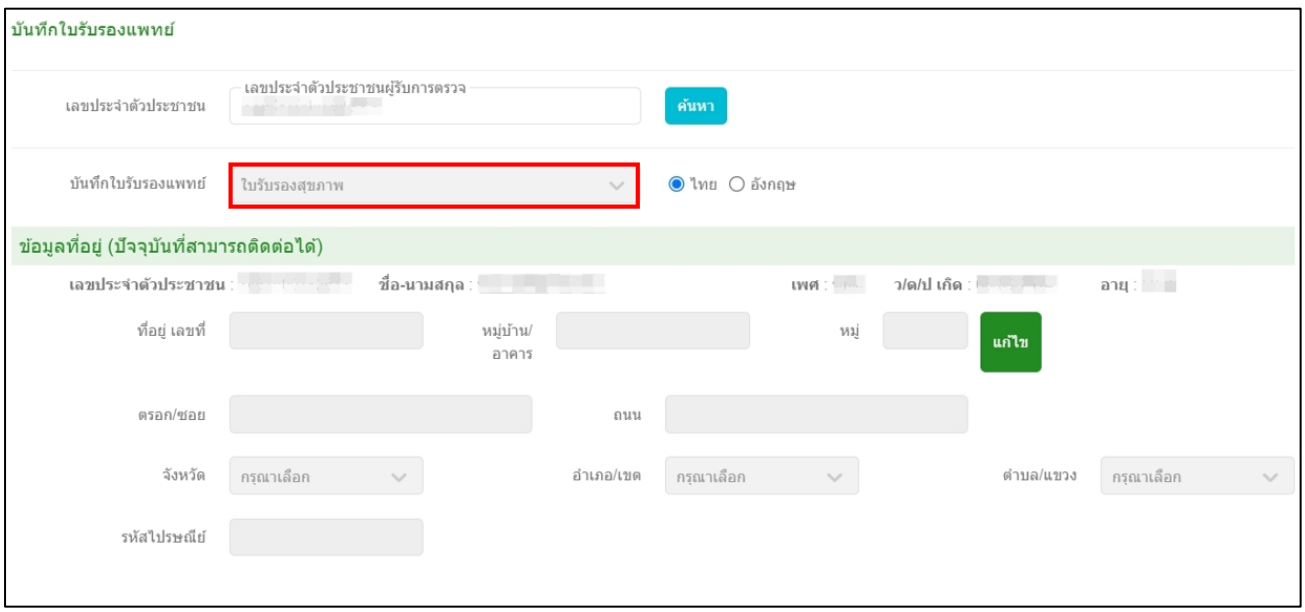


๑.๕.๒. เลือกประเภท “ใบรับรองแพทย์”

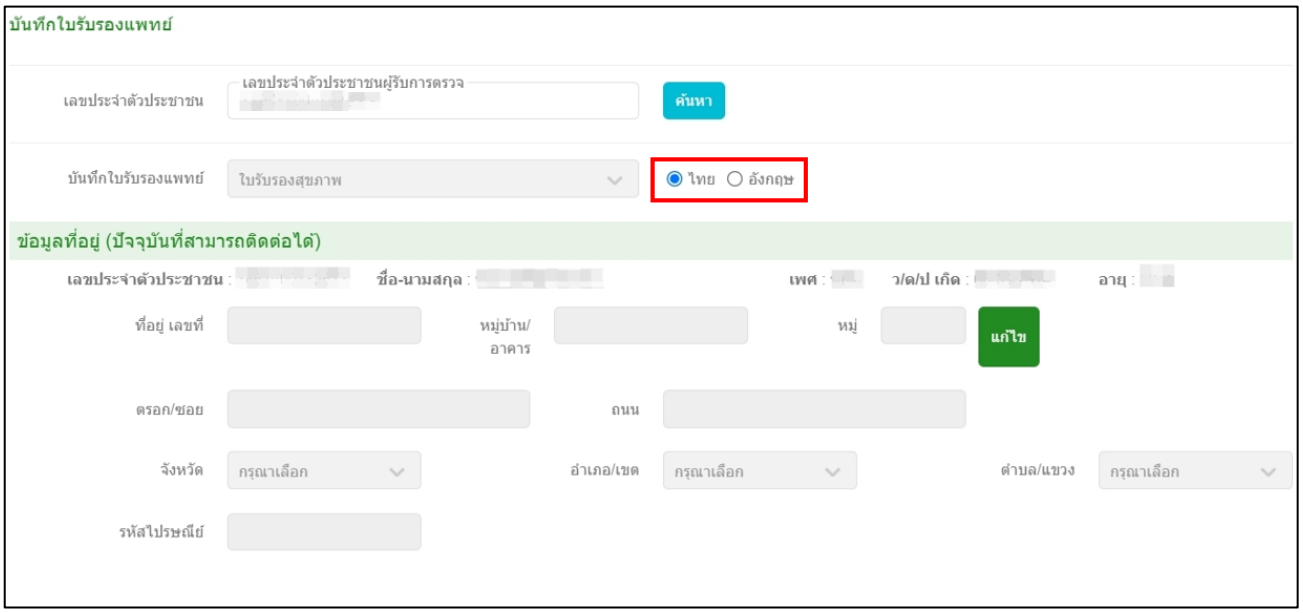
๑. ใบรับรองแพทย์ทั่วไป

- ใบรับรองแพทย์สำหรับตรวจสุขภาพทั่วไป
- ใบรับรองแพทย์สำหรับทำใบขับขี่
- ใบรับรองแพทย์สำหรับตรวจสุขภาพทั่วไปต่างด้าว
- ใบความเห็นแพทย์
- ใบรับรองแพทย์สำหรับทำประกันสุขภาพ

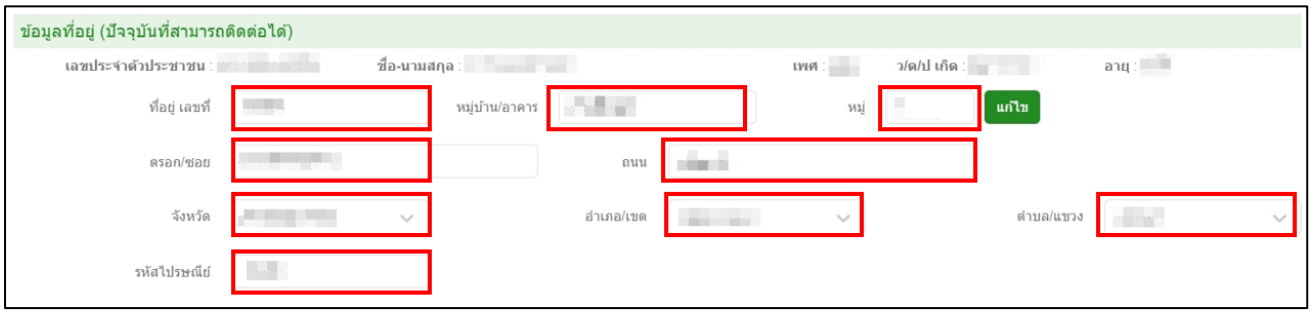
๒. ใบรับรองแพทย์โรคโควิด19



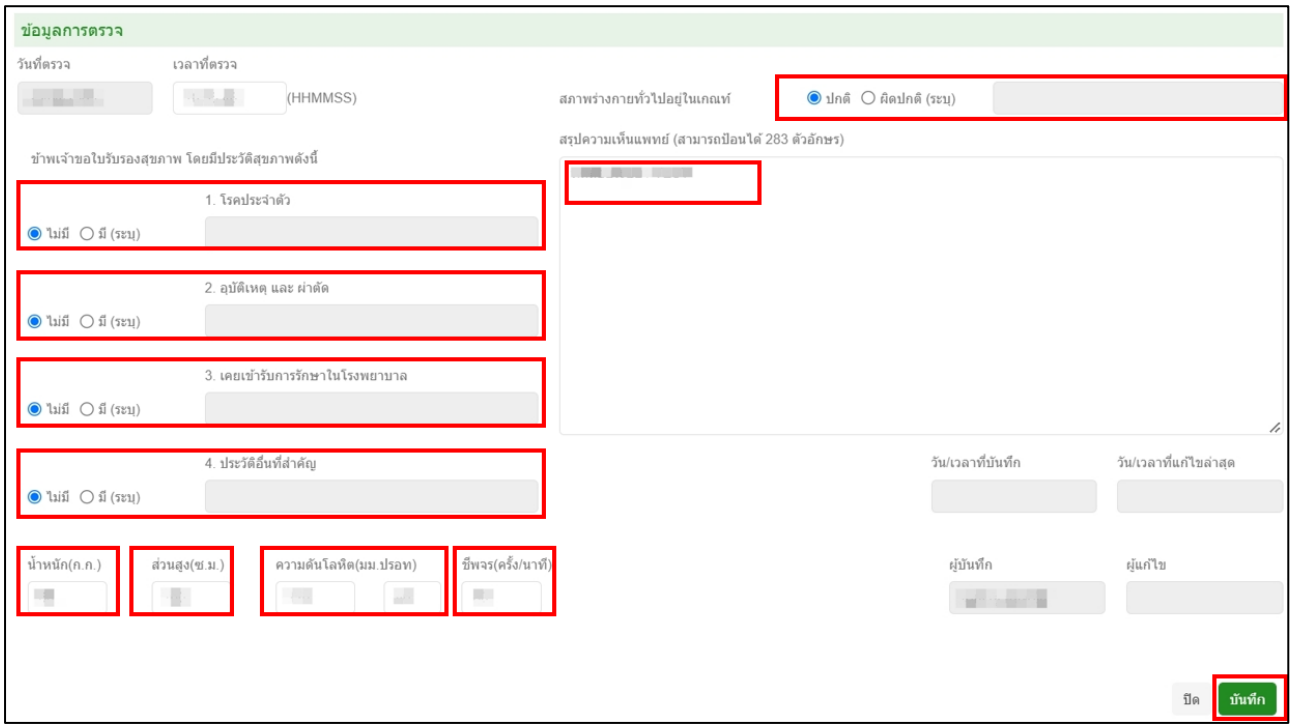
๑.๕.๓. เลือกภาษาสำหรับออกใบรับรองแพทย์ (ภาษาไทย / ภาษาอังกฤษ)



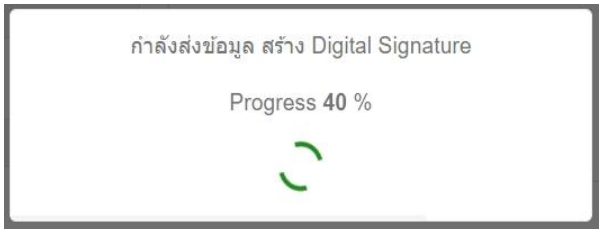
๑.๕.๔. บันทึก ข้อมูลที่อยู่ (ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้) ของผู้รับบริการ
โดยกดปุ่ม “แก้ไข” และกรอกข้อมูลที่อยู่ ของผู้รับบริการ ให้ครบถ้วน

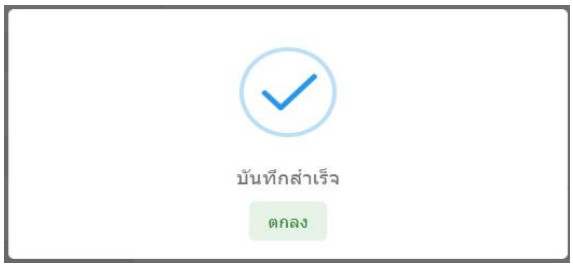


๑.๕.๕. บันทึก ข้อมูลการตรวจ ให้ครบถ้วน และกดปุ่ม “บันทึก”

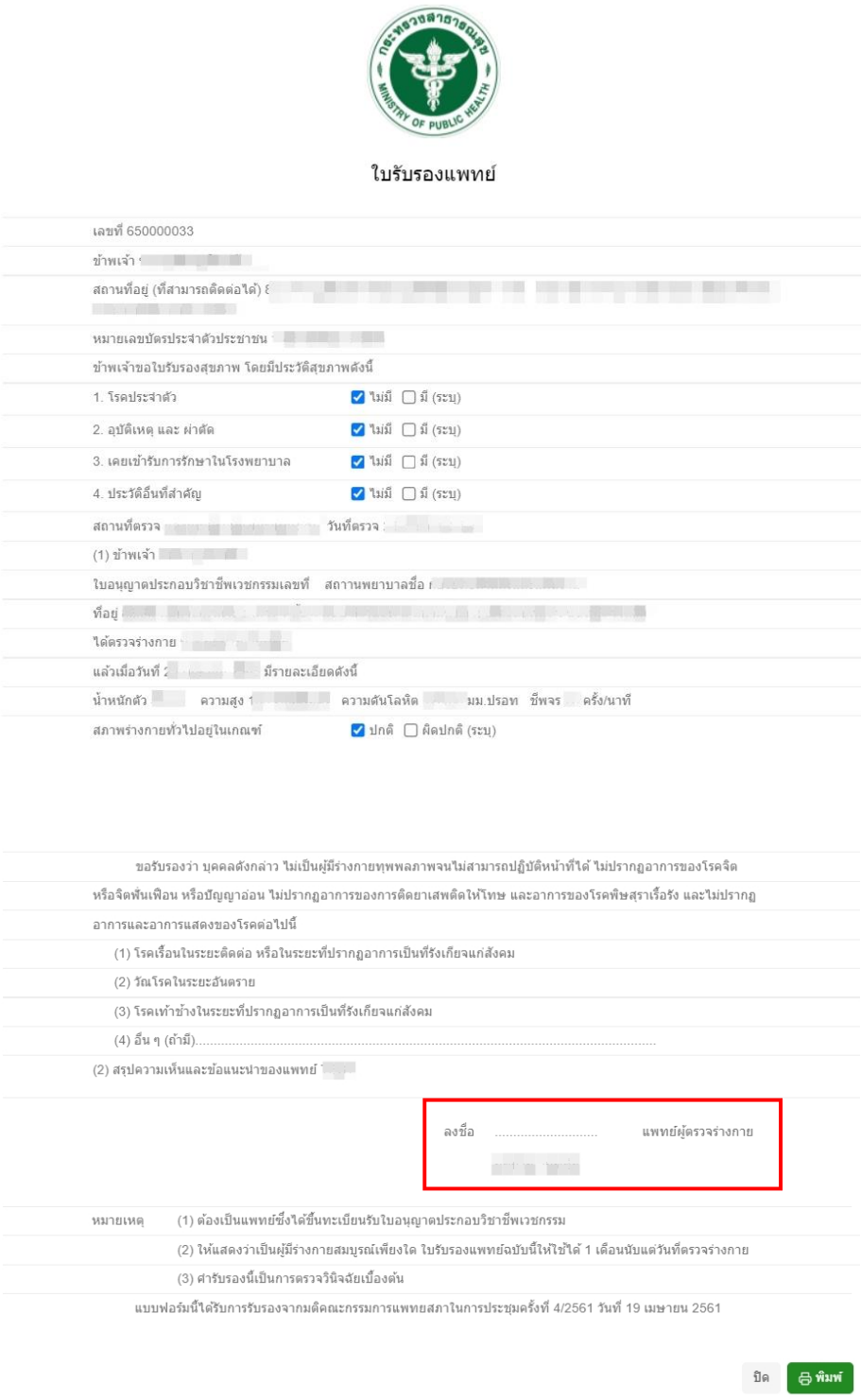


๑.๕.๖. หลังกด “บันทึก” หน้าจอจะแสดงข้อความ “กำลังส่งข้อมูล สร้าง Digital Signature ” และ “บันทึกสำเร็จ” กด ตกลง





๑.๖. หน้าจอแสดง Preview “ใบรับรองแพทย์” โดยหน้านี้ยังไม่แสดง Digital Signature จากนั้นให้กด “ปิด” หรือกด “พิมพ์” กรณีที่ต้องการบันทึกและพิมพ์ แบบไม่มี Digital Signature (หากต้องการบันทึกไฟล์ .pdf แบบไม่มี Digital Signature เมื่อกดพิมพ์ แล้วให้เลือก Destination เป็น Save as PDF)



ใบรับรองแพทย์

เลขที่ 650000033

ข้าพเจ้า

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว	☑ ไม่มี	☐ มี (ระบุ)
2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด	☑ ไม่มี	☐ มี (ระบุ)
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	☑ ไม่มี	☐ มี (ระบุ)
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ	☑ ไม่มี	☐ มี (ระบุ)

สถานที่ตรวจ วันที่ตรวจ

(1) ข้าพเจ้า

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ สถานพยาบาลชื่อ

ที่อยู่

ได้ตรวจร่างกาย

แล้วเมื่อวันที่ มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว ความสูง ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ☑ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(4) อื่น ๆ (ถ้ามี).....

(2) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น

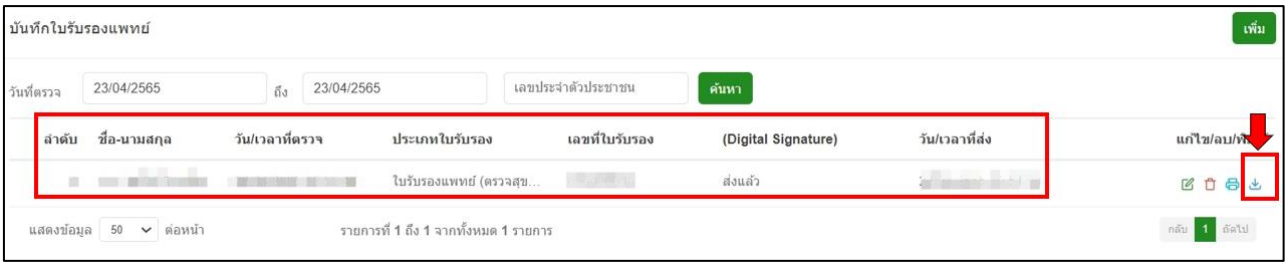
แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561

ปิด พิมพ์

๑.๗. หน้าจอแสดงรายการบันทึกใบรับรองแพทย์

สามารถค้นหาข้อมูลจากวันที่ตรวจ หรือเลขประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการ

ถ้าระบบส่ง Digital Signature สำเร็จ หน้ารายการบันทึกใบรับรองแพทย์ จะมีไอคอนดาวน์โหลด (ลูกศรชี้ลง) กดปุ่ม เพื่อดาวน์โหลด (PDF File) ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ที่มี Digital Signature



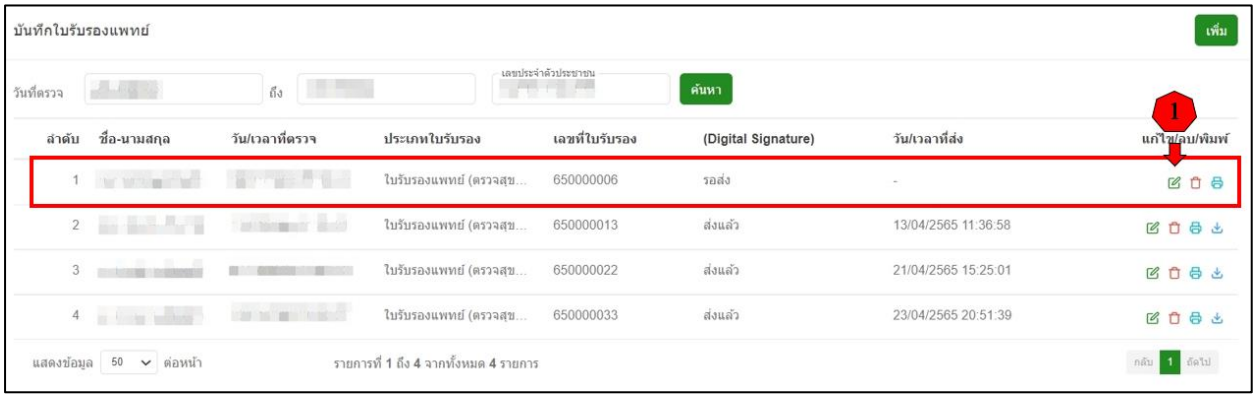
กรณีที่หน้ารายการบันทึกใบรับรองแพทย์ ไม่แสดงไอคอนดาวน์โหลด (ลูกศรชี้ลง)
ให้ดำเนินการ ดังนี้

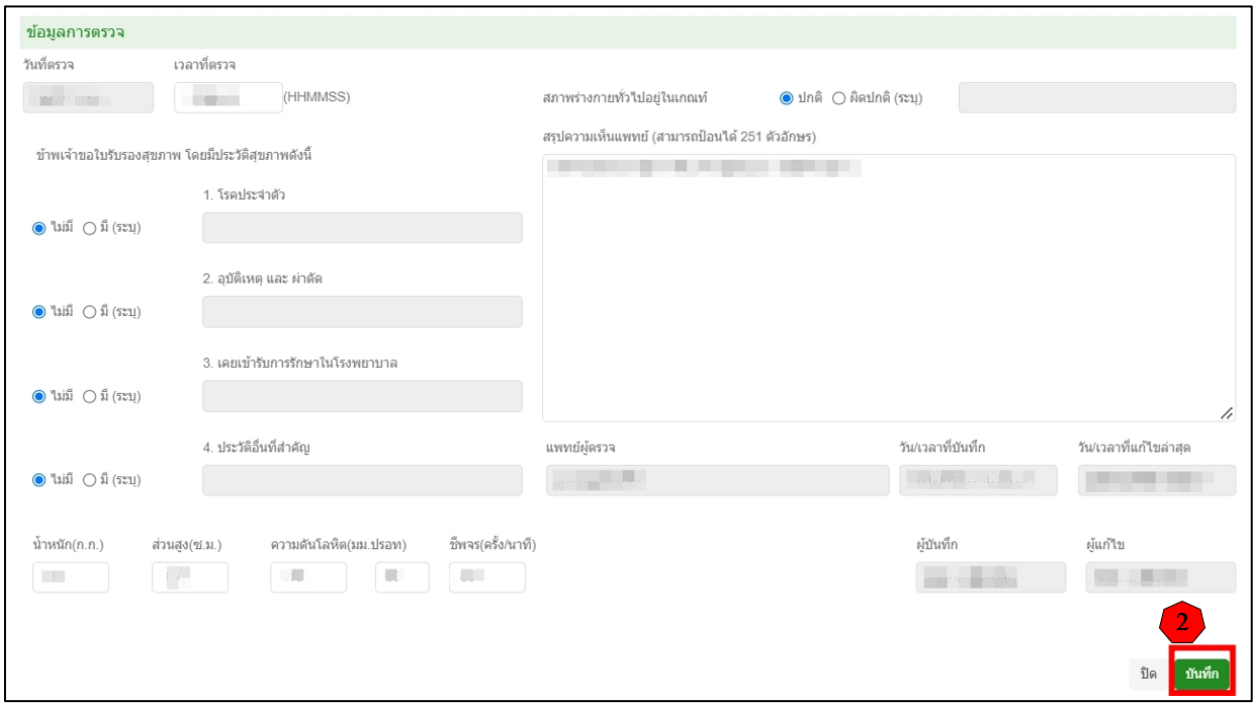
๑. ตรวจสอบข้อมูล Service ID และ Service Secret ของหน่วยงาน ที่หน้า “ข้อมูลทั่วไป” และ Service ID, Service Secret ของบุคคล ที่หน้า “โปรไฟล์” ให้ครบถ้วน

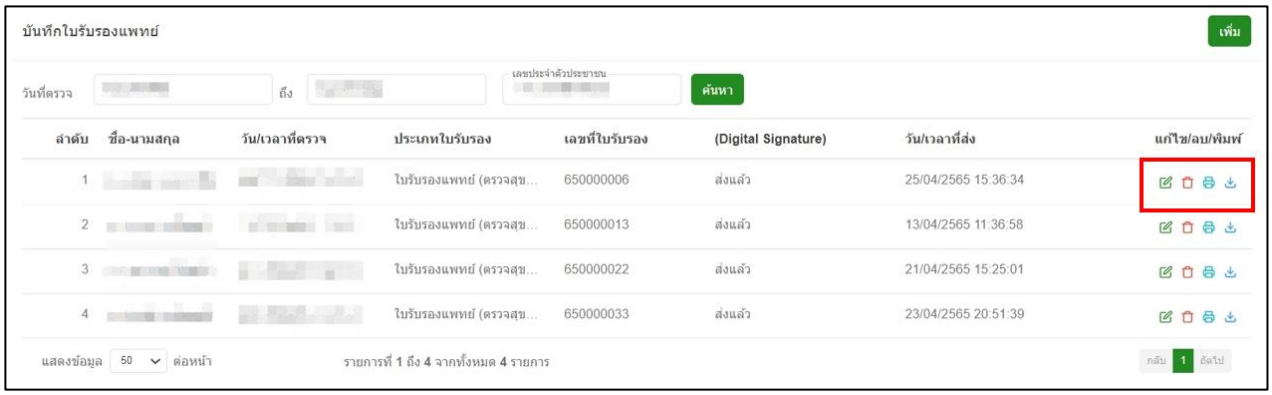
๒. ตรวจสอบ/เพิ่ม ตราประทับของสถานพยาบาล ที่หน้า “ข้อมูลทั่วไป”

๓. ตรวจสอบ/เพิ่ม ลายเซ็นของบุคคล ที่หน้า “โปรไฟล์”

หากดำเนินการทั้ง ๓ ข้อ ถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว
ให้กดปุ่มไอคอนแก้ไขผลการตรวจ และกด “บันทึก” อีกครั้ง เพื่อให้ระบบส่ง Digital Signature
จากนั้นให้ตรวจสอบหน้ารายการบันทึกใบรับรองแพทย์ จะแสดงไอคอนดาวน์โหลด (ลูกศรชี้ลง)




ข้อมูลการตรวจ
วันที่ตรวจ
เวลาที่ตรวจ
(HHMMSS)
สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์
ปกติ
ผิดปกติ (ระบุ)
สรุปความเห็นแพทย์ (สามารถป้อนได้ 251 ตัวอักษร)
ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้
1. โรคประจำตัว
ไม่มี
มี (ระบุ)
2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด
ไม่มี
มี (ระบุ)
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ไม่มี
มี (ระบุ)
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ
ไม่มี
มี (ระบุ)
แพทย์ผู้ตรวจ
วัน/เวลาที่บันทึก
วัน/เวลาที่แก้ไขล่าสุด
น้ำหนัก(ก.ก.)
ส่วนสูง(ซ.ม.)
ความดันโลหิต(มม.ปรอท)
ชีพจร(ครั้ง/นาที)
ผู้บันทึก
ผู้แก้ไข
2
ปิด
บันทึก


บันทึกใบรับรองแพทย์
เพิ่ม
วันที่ตรวจ
ถึง
เลขประจำตัวประชาชน
ค้นหา
ลำดับ
ชื่อ-นามสกุล
วัน/เวลาที่ตรวจ
ประเภทใบรับรอง
เลขที่ใบรับรอง
(Digital Signature)
วัน/เวลาที่ส่ง
แก้ไข/ลบ/พิมพ์
1 ใบรับรองแพทย์ (ตรวจสุข... 650000006 ส่งแล้ว 25/04/2565 15:36:34
2 ใบรับรองแพทย์ (ตรวจสุข... 650000013 ส่งแล้ว 13/04/2565 11:36:58
3 ใบรับรองแพทย์ (ตรวจสุข... 650000022 ส่งแล้ว 21/04/2565 15:25:01
4 ใบรับรองแพทย์ (ตรวจสุข... 650000033 ส่งแล้ว 23/04/2565 20:51:39
แสดงข้อมูล 50 ต่อหน้า
รายการที่ 1 ถึง 4 จากทั้งหมด 4 รายการ
กลับ 1 ถัดไป

๑.๘. ตัวอย่างไฟล์ดาวน์โหลด ใบรับรองแพทย์ดิจิทัลที่มี Digital Signature

รูปโลโก้หน่วยงาน

ใบรับรองแพทย์

เลขที่ .....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ☑ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....
2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ☑ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☑ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ .....

สถานที่ตรวจ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

(1) ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ..... สถานพยาบาลชื่อ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

ที่อยู่ .....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว .....

แล้วเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว ..... กก. ความสูง ..... เซนติเมตร ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ☑ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ) .....

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(4) อื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(2) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ .....

ตราประทับร้าน

ชื่อ .....แพทย์

( )

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น

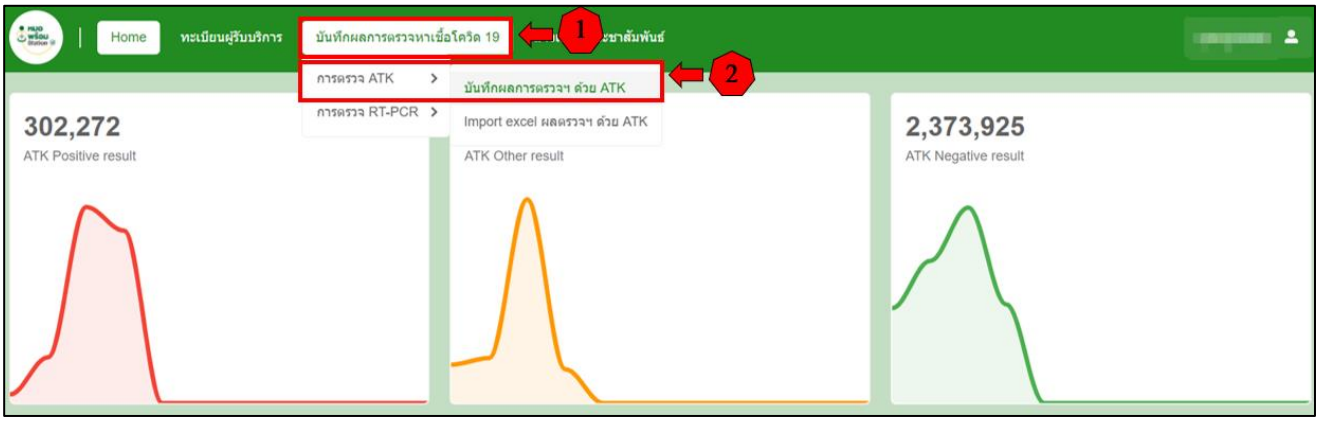
แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561

๒. ใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK

(เอกสารรับรองการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ของประเทศไทย)

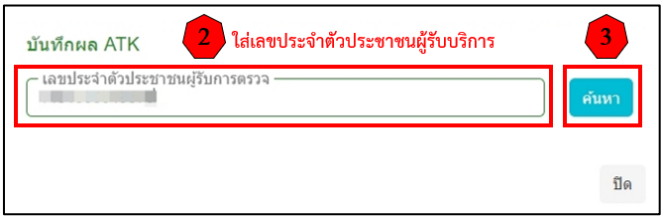
๒.๑. เข้าเมนู “บันทึกผลการตรวจหาเชื้อโควิด19”

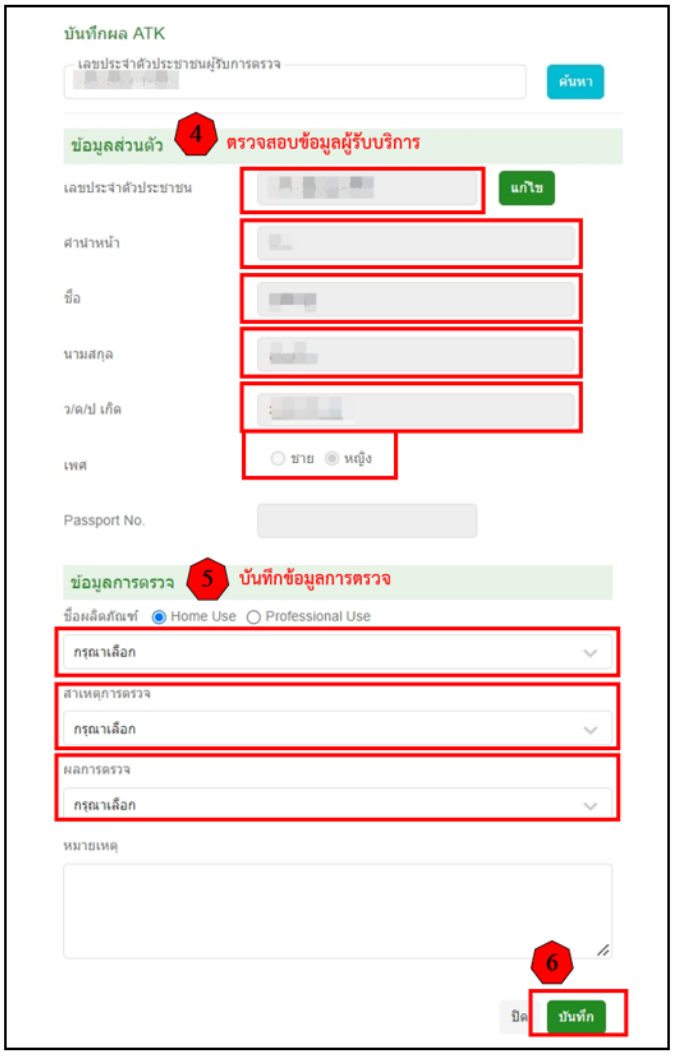
๒.๒. เลือก “การตรวจ ATK” และ “บันทึกผลการตรวจฯ ด้วย ATK”



๒.๓. บันทึกผลการตรวจ Antigen Test Kit

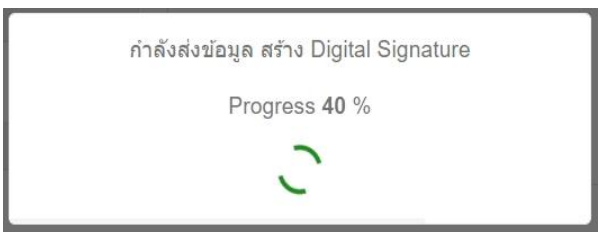
- กดปุ่ม “เพิ่ม”
- หน้าบันทึกผล ATK ใส่เลขประจำตัวประชาชนผู้รับบริการ
- กดปุ่ม “ค้นหา”
- ระบบจะแสดงข้อมูลส่วนตัวผู้รับบริการ ให้ตรวจสอบข้อมูลผู้รับบริการ
- บันทึกข้อมูลการตรวจ ให้ครบถ้วน
- กดปุ่ม “บันทึก”

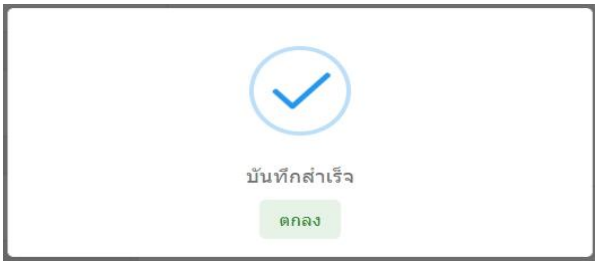




- รายชื่อชุดตรวจ ATK อ้างอิงตามมาตรฐานที่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กำหนด สามารถตรวจสอบได้จากเว็บไซต์สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา https://www.fda.moph.go.th/sites/Medical/SitePages/test_kit_covid19.aspx

๒.๔. หลังกด “บันทึก” หน้าจอจะแสดงข้อความ “กำลังส่งข้อมูล สร้าง Digital Signature ” และ “บันทึกสำเร็จ” กดปุ่ม “ตกลง”

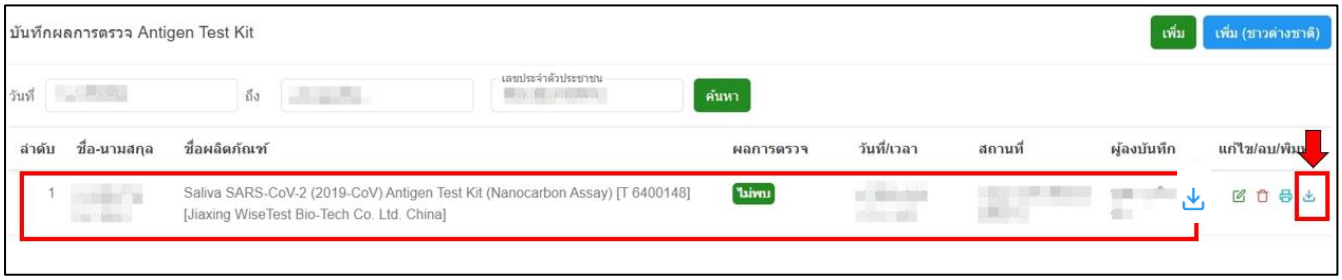




๒.๕. หน้าจอแสดง Preview “ใบแสดงผลการตรวจ Antigen Test Kit” โดยหน้านี้จะไม่มี Digital Signature จากนั้นให้กด “ปิด” หรือกด “พิมพ์” กรณีที่ต้องการบันทึกและพิมพ์ แบบไม่มี Digital Signature (หากต้องการบันทึกไฟล์ .pdf แบบไม่มี Digital Signature เมื่อกดพิมพ์ แล้วให้เลือก Destination เป็น Save as PDF)

๒.๖. หน้าจอแสดงรายการบันทึกผลการตรวจ Antigen Test Kit
โดยสามารถค้นหาข้อมูลจากวันที่ตรวจ หรือเลขประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการ

ถ้าระบบส่ง Digital Signature สำเร็จ
หน้ารายการบันทึกผลการตรวจ Antigen Test Kit จะมีไอคอนดาวน์โหลด (ลูกศรชี้ลง)
กดปุ่ม เพื่อดาวน์โหลด (PDF File) ใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK ที่มี Digital Signature



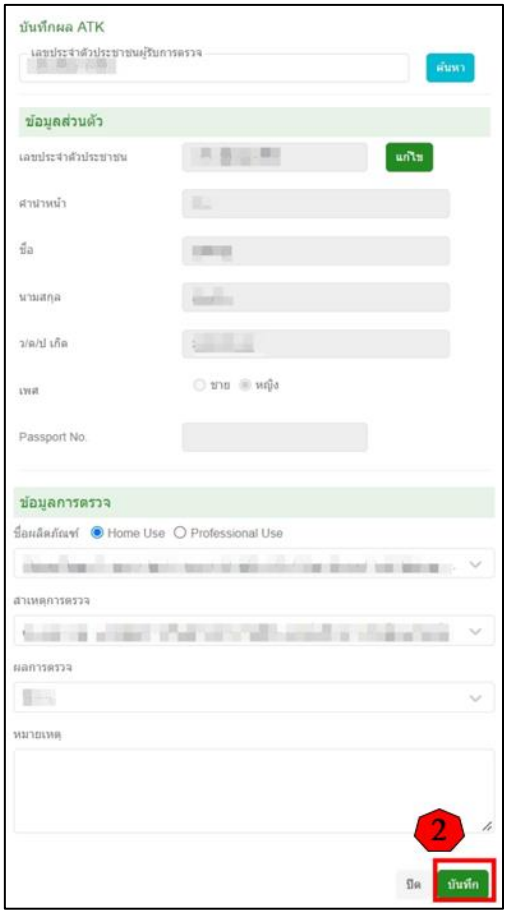
๑. ตรวจสอบข้อมูล Service ID และ Service Secret ของหน่วยงาน ที่หน้า “ข้อมูลทั่วไป” และ Service ID, Service Secret ของบุคคล ที่หน้า “โปรไฟล์” ให้ครบถ้วน

๒. ตรวจสอบ/เพิ่ม ตราประทับของสถานพยาบาล ที่หน้า “ข้อมูลทั่วไป”

๓. ตรวจสอบ/เพิ่ม ลายเซ็นของบุคคล ที่หน้า “โปรไฟล์”

หากดำเนินการทั้ง ๓ ข้อ ถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว

ให้กดปุ่มไอคอนแก้ไขผลการตรวจ และกด “บันทึก” อีกครั้ง เพื่อให้ระบบส่ง Digital Signature จากนั้นให้ตรวจสอบหน้ารายการบันทึกผลการตรวจ Antigen Test Kit จะแสดงไอคอนดาวน์โหลด



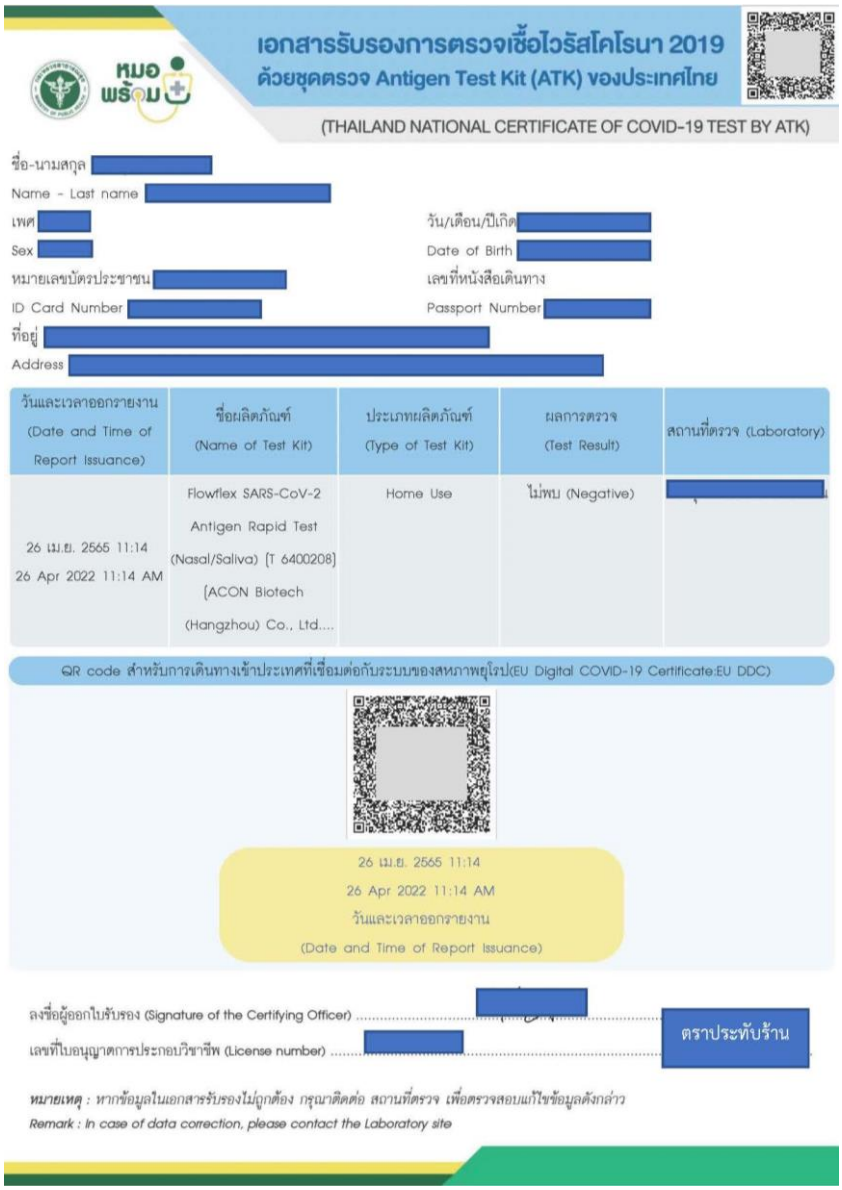
กรณีต้องการแก้ไขหรือลบข้อมูลผลการตรวจ ATK

- กดปุ่ม เมื่อต้องการแก้ไขผลการตรวจ (สามารถแก้ไขได้ภายในวันที่บันทึกผลตรวจเท่านั้น)
- กดปุ่ม เมื่อต้องการลบผลการตรวจ (สามารถลบได้ภายในวันที่บันทึกผลตรวจเท่านั้น)
- กดปุ่ม เมื่อต้องการบันทึกไฟล์และพิมพ์ใบแสดงผลการตรวจ Antigen Test Kit แบบไม่มี Digital Signature

ข้อระวัง

** กรณีข้ามวันจะไม่สามารถแก้ไขหรือลบได้ รวมทั้ง Admin จะไม่สามารถดำเนินการแก้ไขหรือลบให้ได้ **
ควรตรวจสอบข้อมูลก่อนบันทึกผลการตรวจ และตรวจสอบผลตรวจหลังบันทึกทุกครั้ง หากข้อมูลไม่ถูกต้องให้รีบดำเนินการแก้ไขภายในวันที่บันทึก

๒.๗. ตัวอย่างไฟล์ดาวน์โหลด ใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK
(เอกสารรับรองการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ของประเทศไทย)



** หากร้านต้องการดูตัวอย่างลายเซ็นที่แสดงบนใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK ให้ทดสอบบันทึกด้วยชื่อตนเอง เพื่อดูตำแหน่งของลายเซ็น โลโก้ร้าน และตราประทับร้าน ก่อนการใช้งานจริง**

หมายเหตุ :

• การแสดง QR Code EU DDC บนใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK จะแสดงเฉพาะผู้รับบริการ ที่มี ชื่อ-นามสกุล ภาษาอังกฤษ ในระบบ และบันทึกด้วยชุดตรวจ ATK ที่ผ่านการรับรองจาก EU

• การออกใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK ที่มี Digital Signature ไม่รองรับการบันทึกผลตรวจฯ แบบ Import excel file

เพิ่มเติม : การเพิ่ม ชื่อ-นามสกุล ภาษาอังกฤษ ผู้รับบริการในระบบ

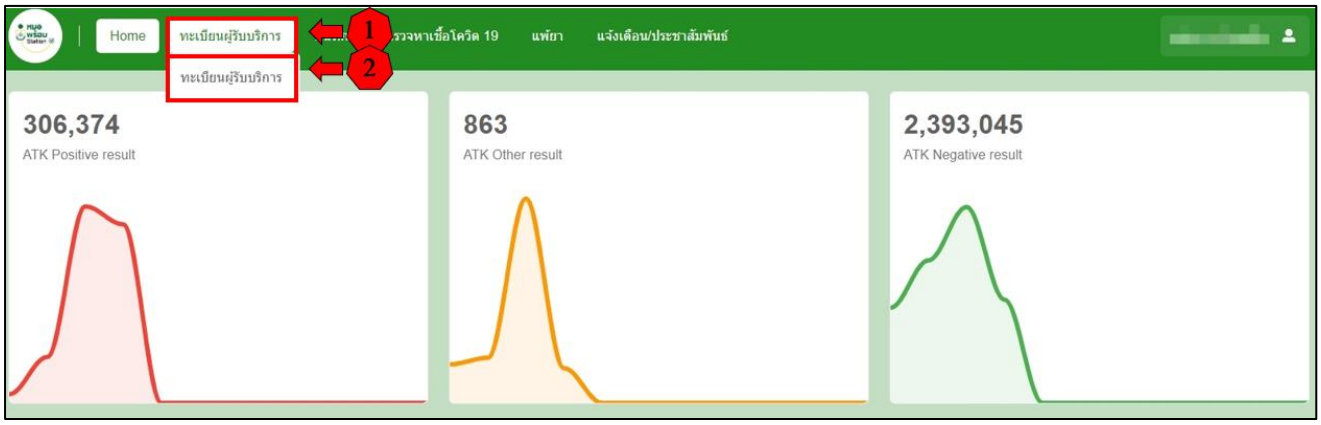
๑. เข้าเมนู “ทะเบียนผู้รับบริการ”

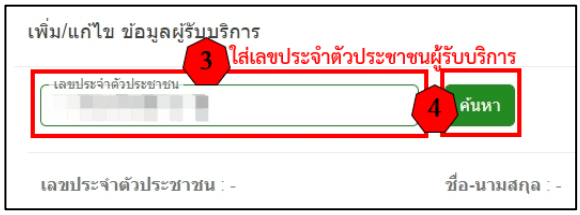
๒. เลือก “ทะเบียนผู้รับบริการ”

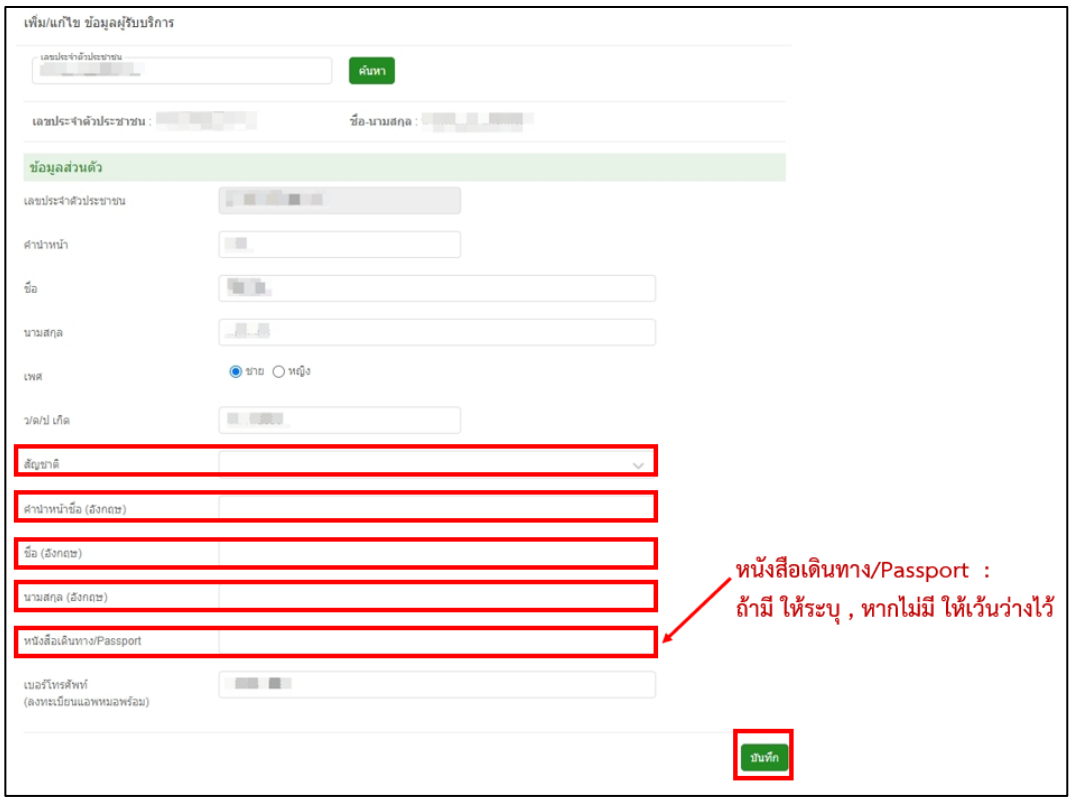
๓. หน้า เพิ่ม/แก้ไข ข้อมูลผู้รับบริการ ใส่เลขประจำตัวประชาชนผู้รับบริการ

๔. กดปุ่ม “ค้นหา”

๕. ระบบจะแสดงข้อมูลส่วนตัวของผู้รับบริการ ให้ตรวจสอบข้อมูลและเพิ่มข้อมูล ให้ครบถ้วน แล้วกดปุ่ม “บันทึก”





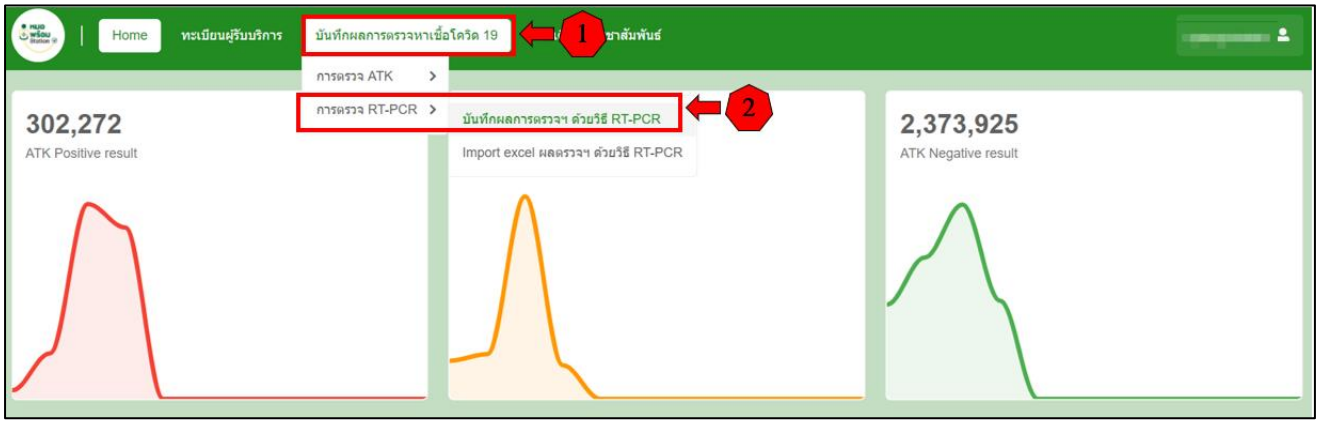


๓. ใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19)

(เอกสารรับรองการตรวจทางห้องปฏิบัติการเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย)

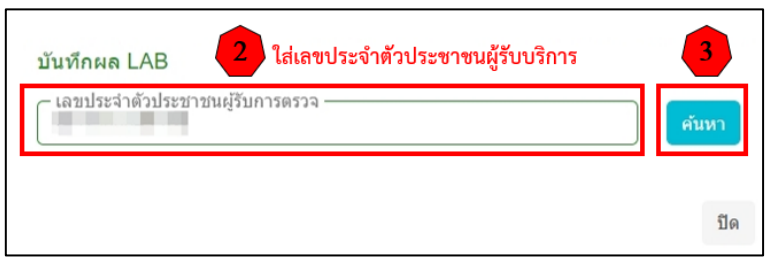
๓.๑. เข้าเมนู “บันทึกผลการตรวจหาเชื้อโควิด 19”

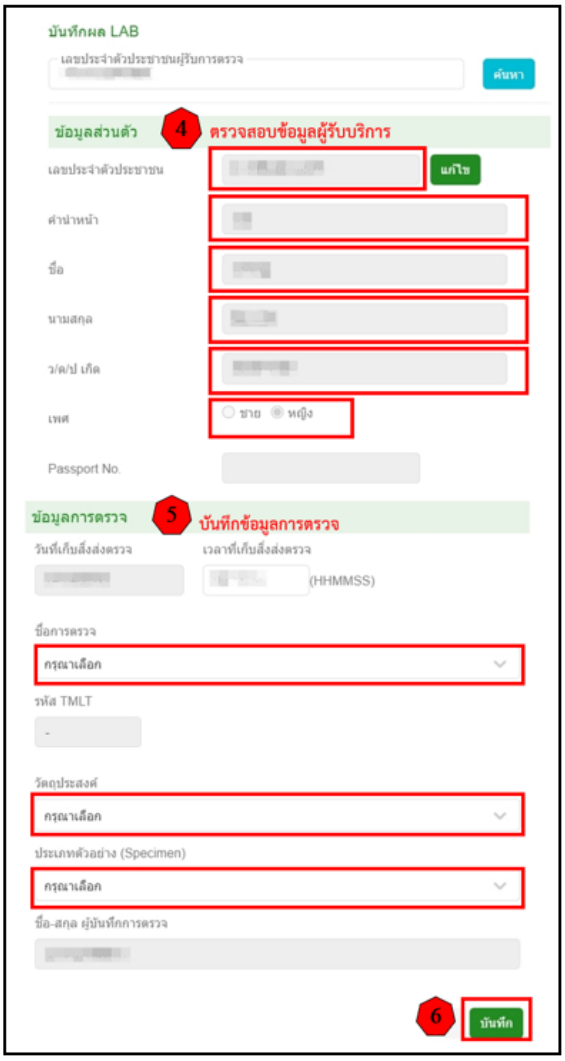
๓.๒. เลือก “การตรวจ RT-PCR” และ “บันทึกผลการตรวจฯ ด้วยวิธี RT-PCR”

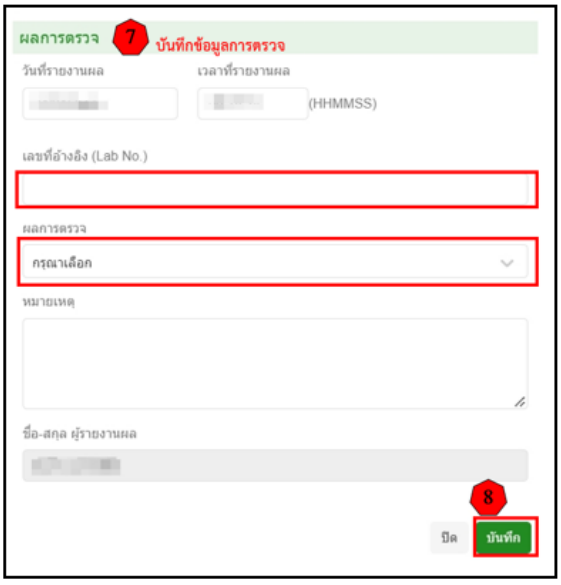


๓.๓. บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

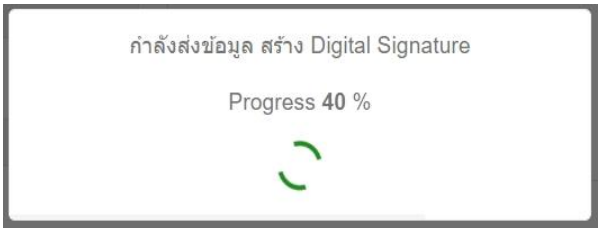
- กดปุ่ม “เพิ่ม”
- หน้าบันทึกผล LAB ใส่เลขประจำตัวประชาชนผู้รับบริการ
- กดปุ่ม “ค้นหา”
- ระบบจะแสดงข้อมูลส่วนตัวผู้รับบริการ ให้ตรวจสอบข้อมูลผู้รับบริการ
- บันทึกข้อมูลการตรวจ (เก็บสิ่งส่งตรวจ) ให้ครบถ้วน
- กดปุ่ม “บันทึก”
- บันทึกข้อมูลการตรวจ (รายงานผล) ให้ครบถ้วน
- กดปุ่ม “บันทึก”

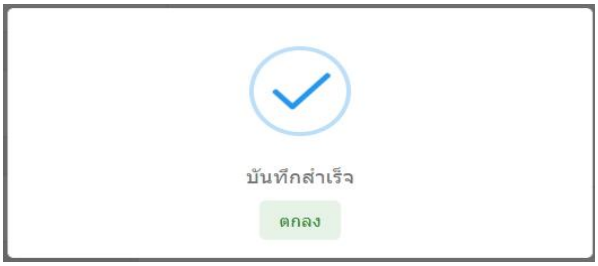




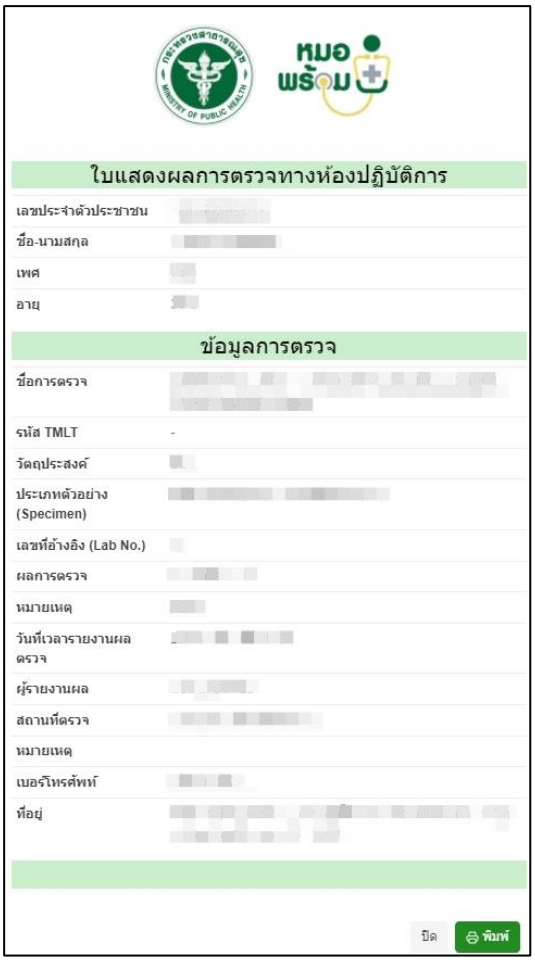


๓.๔. หลังกด “บันทึก” หน้าจอจะแสดงข้อความ “กำลังส่งข้อมูล สร้าง Digital Signature ” และ “บันทึกสำเร็จ” กดปุ่ม “ตกลง”



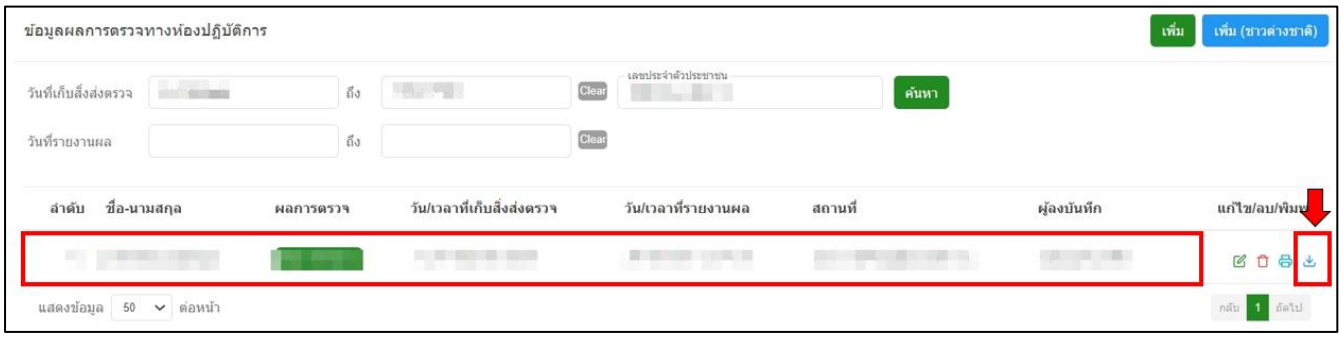


๓.๕. หน้าจอแสดง “ใบแสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ” โดยหน้านี้จะไม่มี Digital Signature จากนั้นให้กด “ปิด” หรือกด “พิมพ์” กรณีที่ต้องการบันทึกและพิมพ์ แบบไม่มี Digital Signature (หากต้องการบันทึกไฟล์ .pdf แบบไม่มี Digital Signature เมื่อกดพิมพ์ แล้วให้เลือก Destination เป็น Save as PDF



๓.๖. หน้าจอแสดงรายการข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
โดยสามารถค้นหาข้อมูลจากวันที่เก็บสิ่งส่งตรวจ วันที่รายงานผล หรือเลขประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการ

ถ้าระบบส่ง Digital Signature สำเร็จ
หน้ารายการข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะมีไอคอนดาวน์โหลด (ลูกศรชี้ลง) กดปุ่ม เพื่อดาวน์โหลด (PDF File) ใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19) ที่มี Digital Signature



กรณีที่หน้ารายการข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่แสดงไอคอนดาวน์โหลด (ลูกศรชี้ลง)

๑. ตรวจสอบข้อมูล Service ID และ Service Secret ของหน่วยงาน ที่หน้า “ข้อมูลทั่วไป” และ Service ID, Service Secret ของบุคคล ที่หน้า “โปรไฟล์” ให้ครบถ้วน

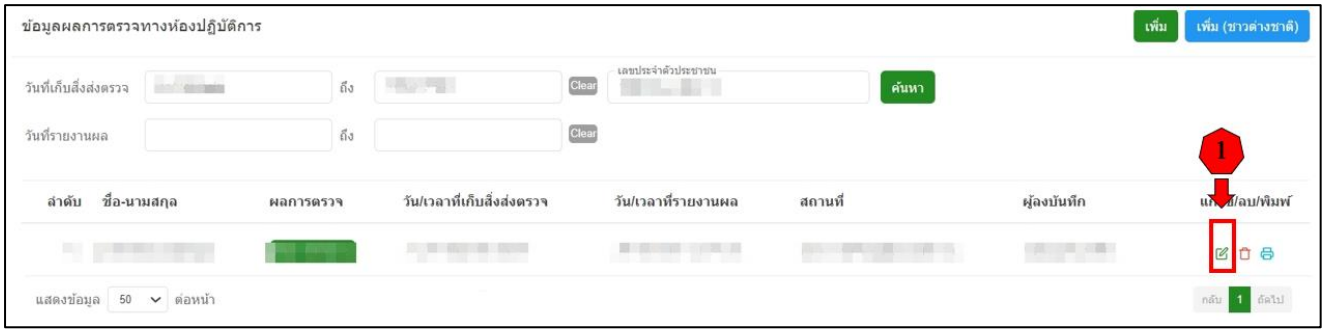
๒. ตรวจสอบ/เพิ่ม ตราประทับของสถานพยาบาล ที่หน้า “ข้อมูลทั่วไป”

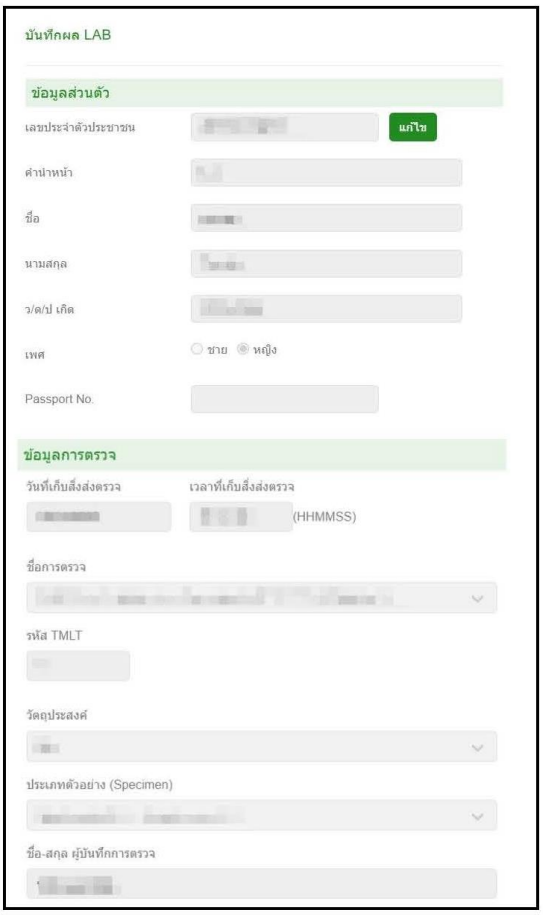
๓. ตรวจสอบ/เพิ่ม ลายเซ็นของบุคคล ที่หน้า “โปรไฟล์”

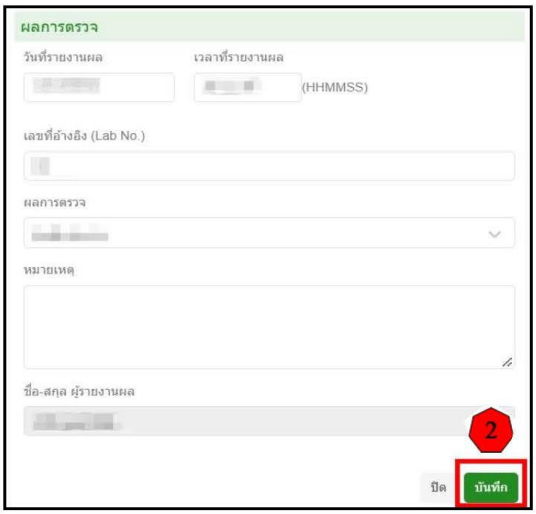
หากดำเนินการทั้ง ๓ ข้อ ถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว

ให้กดปุ่มไอคอนแก้ไขผลการตรวจ และกด “บันทึก” อีกครั้ง เพื่อให้ระบบส่ง Digital Signature

จากนั้นให้ตรวจสอบหน้ารายการข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะแสดงไอคอนดาวน์โหลด







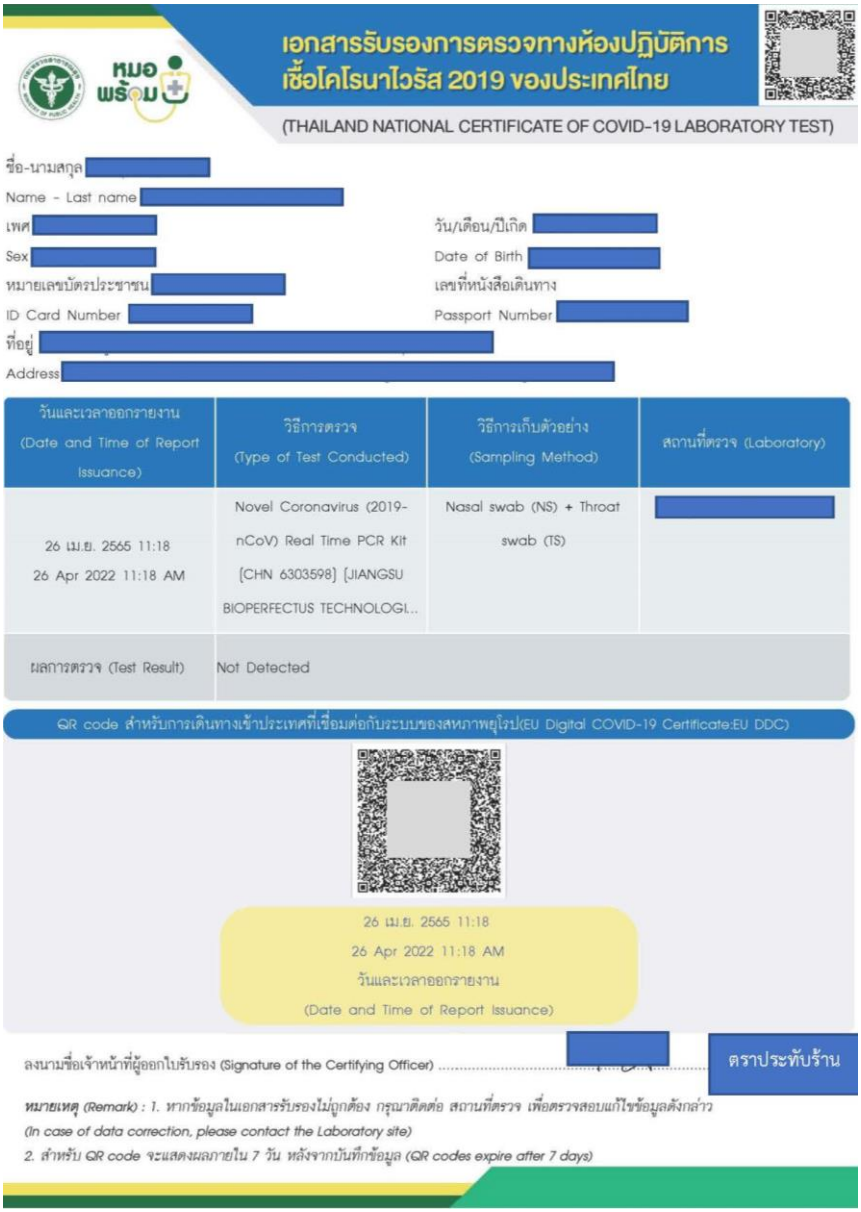
กรณีต้องการแก้ไขหรือลบข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- กดปุ่ม เมื่อต้องการแก้ไขผลการตรวจ (สามารถแก้ไขได้ภายในวันที่บันทึกผลตรวจเท่านั้น)
- กดปุ่ม เมื่อต้องการลบผลการตรวจ (สามารถลบได้ภายในวันที่บันทึกผลตรวจเท่านั้น)
- กดปุ่ม เมื่อต้องการบันทึกไฟล์และพิมพ์ใบแสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบไม่มี Digital Signature

ข้อระวัง

** กรณีข้ามวันจะไม่สามารถแก้ไขหรือลบได้ รวมทั้ง Admin จะไม่สามารถดำเนินการแก้ไขหรือลบให้ได้ **
ควรตรวจสอบข้อมูลก่อนบันทึกผลการตรวจ และตรวจสอบผลตรวจหลังบันทึกทุกครั้ง หากข้อมูลไม่ถูกต้องให้รีบดำเนินการแก้ไขภายในวันที่บันทึก

๓.๗. ตัวอย่างไฟล์ดาวน์โหลด ใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19)
(เอกสารรับรองการตรวจทางห้องปฏิบัติการเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย)



** หากต้องการดูตัวอย่างลายเซ็นที่แสดงบนใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19) ให้ทดสอบบันทึกด้วยชื่อตนเอง เพื่อดูตำแหน่งของลายเซ็น โลโก้ร้าน และตราประทับร้าน ก่อนการใช้งานจริง**

หมายเหตุ :

• การออกใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19) ที่มี Digital Signature ไม่รองรับการบันทึกผลตรวจฯ แบบ Import excel file

➢ การแสดงผลใบรับรองแพทย์ดิจิทัล / ใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK / ใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19) ของผู้รับบริการ

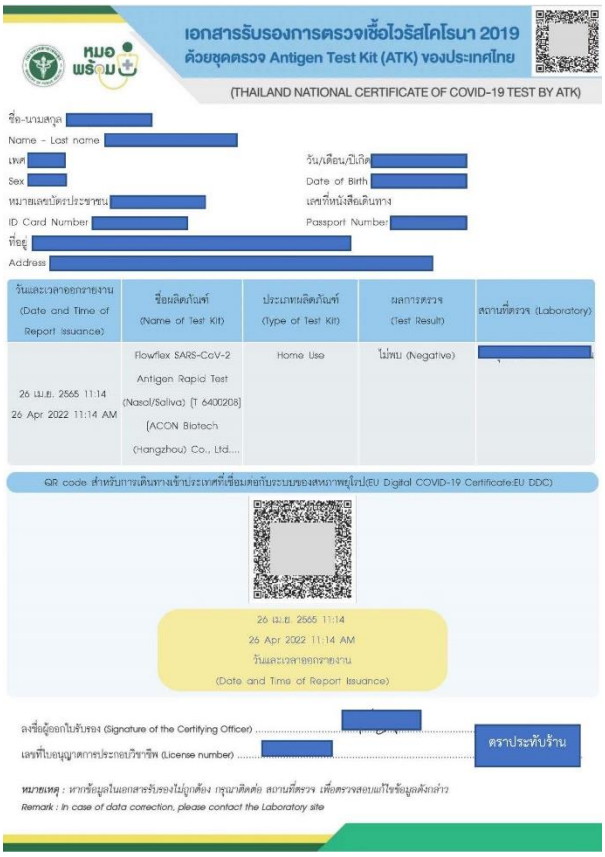
๑. การแสดงผลบน Application หมอพร้อม

๑.๑ แบบมี Digital Signature

- เมนู เอกสารรับรองทางการแพทย์
- ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล

หน้าจอแสดงรายการใบรับรองแพทย์ดิจิทัล / ใบรับรองใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK / ใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19) ที่มี Digital Signature

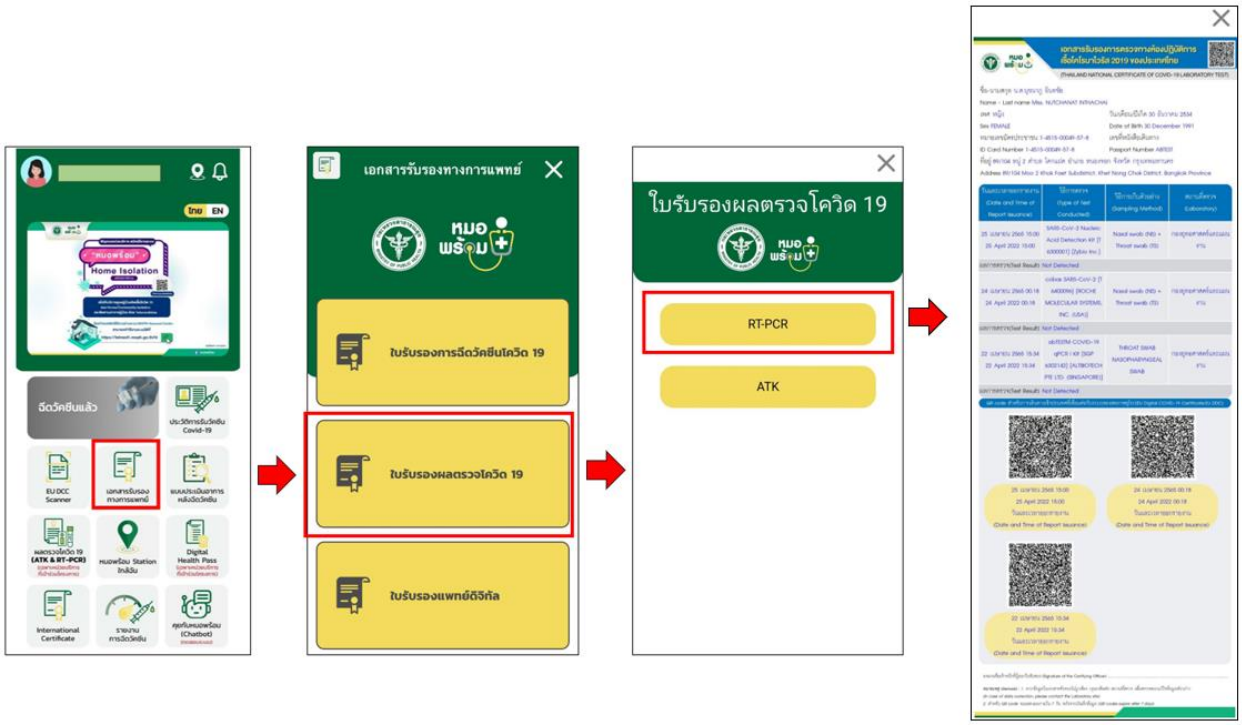
เมื่อกดปุ่ม “Download PDF” จะแสดงไฟล์ที่มี Digital Signature

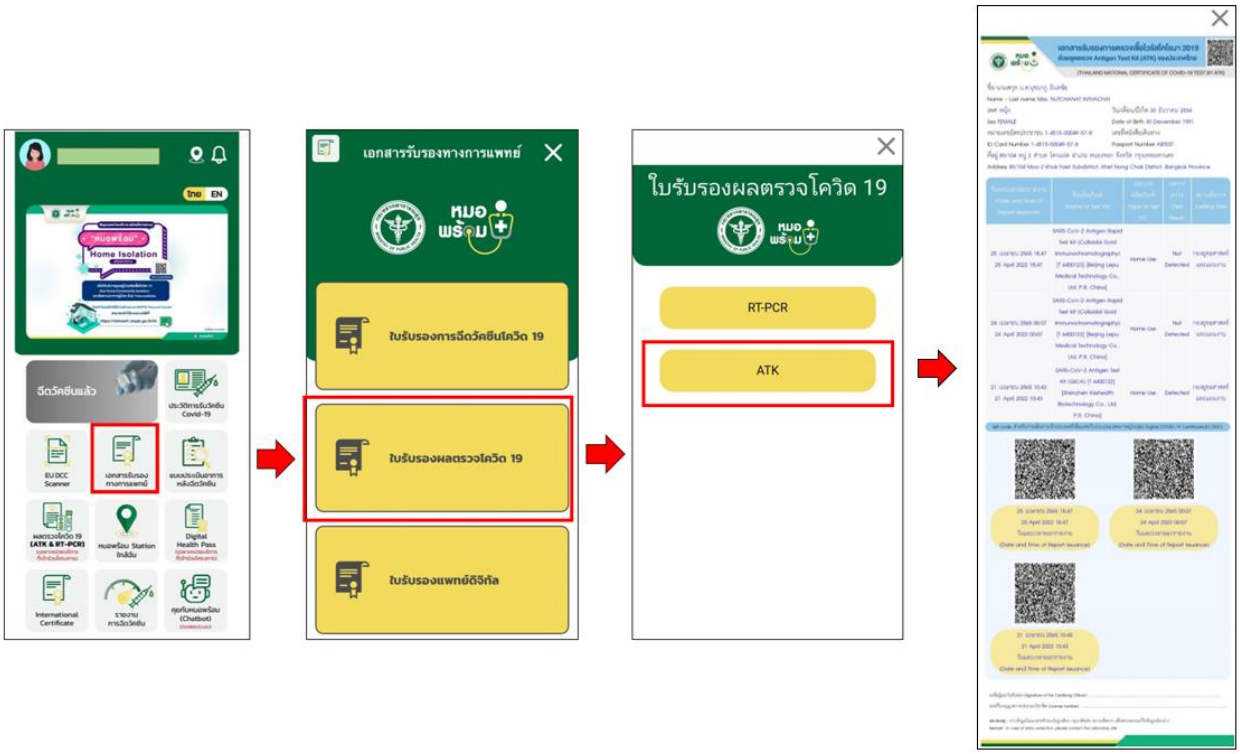


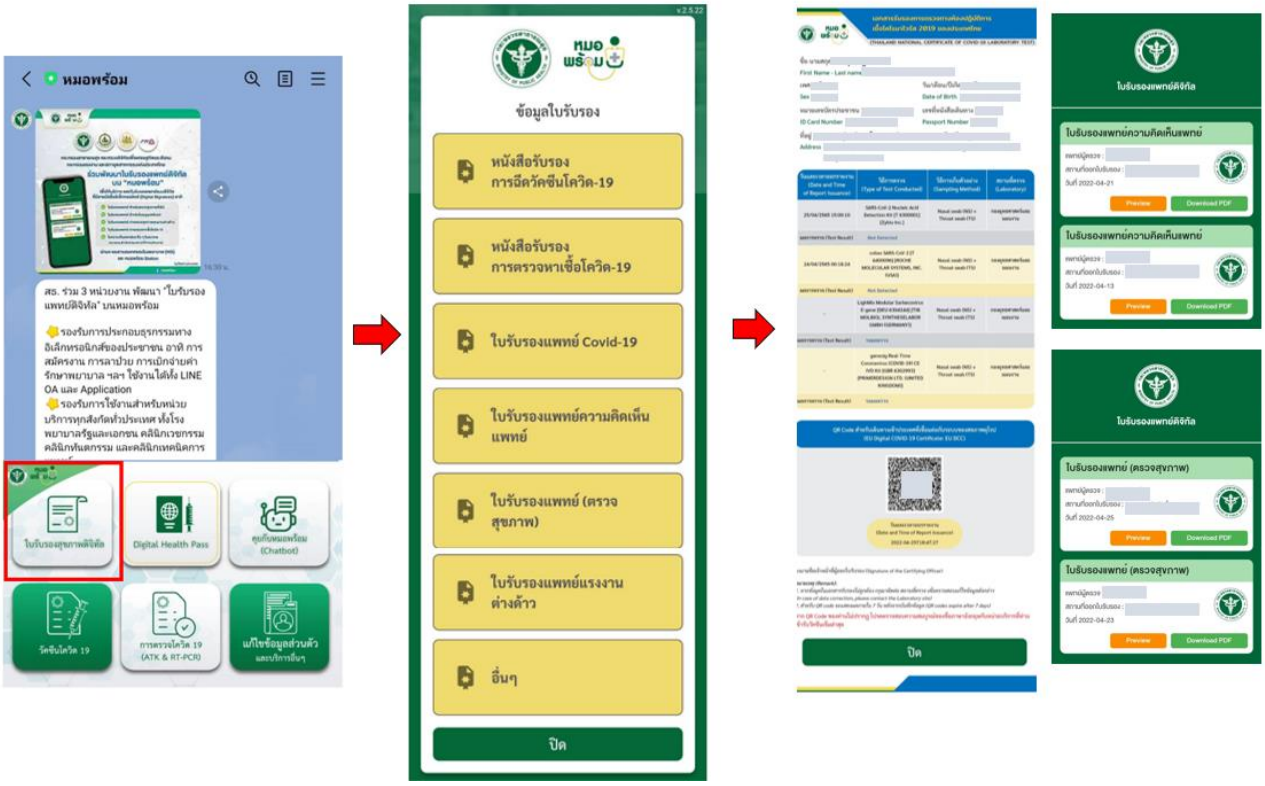
๑.๒ แบบไม่มี Digital Signature (สำหรับผู้ไม่ได้รับสิทธิออกใบรับรองดิจิทัล)

- เมนู เอกสารรับรองทางการแพทย์
- ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล
- RT-PCR, ATK

หน้าจอแสดงใบรับรองผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เชื้อโควิด 19) / ใบรับรองใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK แบบไม่มี Digital Signature





๒. การแสดงผลบน Line OA หมอพร้อม

- เมนู ใบรับรองสุขภาพดิจิทัล
- เลือกประเภทใบรับรอง