



## แบบคำขอใช้บริการหมอฟพร้อม Home Isolation

สำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยค้างคืน (คลินิก) ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร

### 1. ข้อมูลสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยค้างคืน (คลินิก)

ชื่อคลินิก.....  
 สาขา.....  
 รหัสหน่วยบริการ 5 หลัก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(จำเป็น).....  
 ที่อยู่ เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่.....  
 ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 พิกัดคลินิก (เพื่อแสดงการค้นหามหมอฟพร้อม) ละติจูด..... และลองจิจูด.....  
 เบอร์โทรศัพท์(ที่ติดต่อได้)..... Email.....  
 ประเภทใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ตามลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการ (โปรดระบุ)..... เลขที่ใบอนุญาต.....  
 ผู้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล  
 ชื่อ-สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน.....  
 ประเภทผู้ประกอบการวิชาชีพ (โปรดระบุ) .....  
 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่..... เบอร์โทรศัพท์(ที่ติดต่อได้).....

### 2. ข้อมูลผู้ใช้งาน (User Account)

#### 2.1 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหลัก (Admin/ผู้ดูแลระบบ MOPH-HI)

ชื่อ.....นามสกุล.....  
 มีหน้าที่ในคลินิก/ตำแหน่ง.....เลขบัตรประชาชน.....  
 เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์มือถือ.....  
 E-mail (โปรดระบุ)..... Line ID.....  
 ประเภทใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (โปรดเลือก)  แพทย์  พยาบาล  อื่น.....  
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ(จำเป็น).....

#### 2.2 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานร่วม (ถ้ามี)

ชื่อ.....นามสกุล.....  
 ตำแหน่ง.....เลขบัตรประชาชน.....  
 เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์มือถือ.....  
 E-mail (โปรดระบุ)..... Line ID.....

ประเภทใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (โปรดเลือก)  แพทย์  พยาบาล  อื่น.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ(จำเป็น).....

### 2.3 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานร่วม (ถ้ามี)

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....เลขบัตรประชาชน.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail (โปรดระบุ).....Line ID.....

ประเภทใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (โปรดเลือก)  แพทย์  พยาบาล  อื่น.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ(จำเป็น).....

### 2.4 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานร่วม (ถ้ามี)

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....เลขบัตรประชาชน.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail (โปรดระบุ).....Line ID.....

ประเภทใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (โปรดเลือก)  แพทย์  พยาบาล  อื่น.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ(จำเป็น).....

มีความประสงค์ขอสมัครใช้บริการระบบบริหารจัดการข้อมูลการดูแลผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัส โควิด-19 (เฉพาะผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไข Home Isolation) ในคลินิก แก่ประชาชน เพื่อบันทึกผลการดูแลและติดตามอาการผู้ติดเชื้อ ณ ที่พักอาศัยของตนเอง ตั้งแต่แรกรับจนถึงสิ้นสุด กระบวนการ ผ่านโปรแกรม MOPH-HI บนแพลตฟอร์มหมอพร้อม และอำนวยความสะดวกในการติดตามผู้ป่วยผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม ต่อไป

#### **ข้อตกลงการรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล**

**ผู้ได้รับใบอนุญาต** ให้สัญญา ตกลงจะรักษาความลับข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ อาทิ รายการ และ/หรือรายละเอียด และ/หรือภาพ และ/หรือข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพของคุณ ตาม พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 7 “ข้อมูลด้านสุขภาพของคุณ เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่าในกรณีใด ๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิ ตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการ หรือกฎหมายอื่น เพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของคุณที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้” และประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 323 บัญญัติไว้ว่า “ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่นโดยเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ โดยเหตุที่ประกอบอาชีพแพทย์ เภสัชกร คนจำหน่ายยา นางผดุงครรภ์ ผู้พยาบาล นักบวช หมอความ ทนายความหรือผู้สอบบัญชี หรือโดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น แล้วเปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

**ตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล**

ขอรับรองว่า ข้อมูลที่ระบุในแบบคำขอใช้บริการหมอพร้อม Home Isolation เป็นความจริงทุกประการ และได้แนบเอกสารที่มีการลงลายมือชื่อผู้ได้รับใบอนุญาต บนเอกสารทุกฉบับ มาพร้อมกับแบบคำขอฯ ฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อ.....

( ..... )

ผู้ได้รับใบอนุญาตฯ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**เอกสารหลักฐาน\***

1. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (1 ฉบับ)
2. สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการ (1 ฉบับ)
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้รับใบอนุญาต และ ข้อมูลผู้ขอใช้งาน (อย่างละ 1 ฉบับ ทุกคน)
4. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ผู้รับใบอนุญาต และ ข้อมูลผู้ขอใช้งาน (อย่างละ 1 ฉบับ ทุกคน)
5. สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรอง(กรณีคลินิกเฉพาะทาง) (1 ฉบับ)

**ขั้นตอนการสมัครใช้บริการหมอพร้อม Home Isolation สำหรับคลินิกที่เปิดให้บริการในจังหวัดกรุงเทพมหานคร เท่านั้น**

1. กรอกแบบฟอร์มคำขอใช้บริการหมอพร้อม Home Isolation ให้ถูกต้องทุกช่อง พร้อมลงนามผู้ได้รับใบอนุญาต
2. สำเนาเอกสารหลักฐาน\* พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ
3. สแกนเอกสาร ตามข้อ 1 และ 2 รวมเป็น 1 ไฟล์ ในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ โดยบันทึกเป็นPDF File เท่านั้น เพื่อป้องกันการปลอมแปลงและแก้ไข
4. ขอให้ส่ง
  - 4.1 ส่ง หนังสือราชการ พร้อม แนบเอกสาร ตามข้อ 3 ในรูปแบบ PDF File ทาง  
Email : [spd.digitalhealth@health.moph.go.th](mailto:spd.digitalhealth@health.moph.go.th)
  - 4.2 ส่ง หนังสือราชการและแบบฟอร์มฉบับจริง เรียน ผู้อำนวยการสำนักสุขภาพดิจิทัล มาที่ สำนักสุขภาพดิจิทัล อาคาร 4 ชั้น 4 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
5. รอเจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลและตอบกลับทาง Email ผู้ขอใช้งาน

ขั้นตอนการดำเนินการขอออกรหัสหน่วยบริการ 5 หลัก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ตามลิงค์ <http://hcode.moph.go.th>