



แบบบันทึกการตรวจสอบแหล่งกำเนิดมลพิษประเภทโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เวลา.....น.

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อโรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....

 ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน.....

ที่ตั้ง เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

พิกัดดาวเทียม (GPS) 47 P 48 P X Y ในเขต นอกเขต พื้นที่ให้บริการระบบบำบัดน้ำเสียรวม๑.๒ ชื่อเจ้าของ บุคคล นิติบุคคล..... ที่ตั้ง เช่นเดียวกับข้อ ๑.๑

ที่ตั้ง เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

๑.๓ ใบอนุญาต

 ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) ไม่สามารถแสดงใบอนุญาตได้

ทะเบียนเลขที่..... เมื่อวันที่..... ออกโดย.....

 ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๙) ไม่สามารถแสดงใบอนุญาตได้

ทะเบียนเลขที่..... เมื่อวันที่..... ออกโดย.....

๑.๔ จำนวนอาคาร.....หลัง จำนวนเตียง.....เตียง

ประเภทอาคาร ประเภท ก (≥ 30 เตียง) ประเภท ข ($10 < 30$ เตียง)๑.๕ การจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (EIA) ¹ ไม่เข้าข่ายต้องจัดทำ เข้าข่ายต้องจัดทำ ดำเนินการ ไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....

^๑ โครงการหรือกิจการประเภทโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ดังต่อไปนี้

๑) กรณีตั้งอยู่ใกล้แม่น้ำ ฝั่งทะเล ทะเลสาบ หรือชายหาด ในระยะ ๕๐ เมตร ที่มีเตียงสำหรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตั้งแต่ ๓๐ เตียง ขึ้นไป

๒) กรณีโครงการที่ไม่อยู่ในข้อ ๑) ที่มีเตียงสำหรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตั้งแต่ ๖๐ เตียง ขึ้นไป



๒. ข้อมูลระบบบำบัดน้ำเสีย และการระบายน้ำทิ้ง

๒.๑ แหล่งน้ำใช้ [] น้ำประปา [] น้ำบาดาล [] อื่นๆ ระบุ.....

๒.๒ ปริมาณน้ำใช้.....ลบ.ม./วัน ปริมาณน้ำเสีย.....ลบ.ม./วัน

๒.๓ ระบบบำบัดน้ำเสีย [] มี [] ระบบบำบัดอิสระเฉพาะอาคาร ประเภท.....
ความสามารถในการรองรับน้ำเสีย..... ลบ.ม./วัน จำนวน.....
[] ระบบบำบัดส่วนกลาง ประเภท.....
ความสามารถในการรองรับน้ำเสีย..... ลบ.ม./วัน จำนวน.....
[] รองรับน้ำเสียจากแหล่งกำเนิดมลพิษอื่น ระบุ.....
[] ไม่มี ระบุวิธีการจัดการ.....

การควบคุมดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย

[] ดำเนินการเอง
[] ผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย ใบอนุญาตเลขที่.....หมดอายุ.....
[] ผู้รับจ้างให้บริการบำบัดน้ำเสีย ใบอนุญาตเลขที่.....หมดอายุ.....

๒.๔ การใช้งานระบบ [] เปิดใช้งาน
[] ไม่มีอุปกรณ์/เครื่องจักรชำรุด
[] มีอุปกรณ์/เครื่องจักรชำรุด ระบุ.....
[] ไม่เปิดใช้งาน ระบุเหตุผลและภาพถ่าย.....ตั้งแต่.....

๒.๕ ระบบการฆ่าเชื้อ [] มี ระบุวิธีการ.....(เช่น คลอรีน,UV,โอโซน,เปอร์ออกไซด์) [] ไม่มี

๒.๖ การตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรา ๘๐ และกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและแบบการเก็บสถิติข้อมูล
การจัดทำบันทึกรายละเอียด และรายงานสรุปผลการดำเนินงานของระบบบำบัดน้ำเสีย พ.ศ. ๒๕๕๕

๑) มีการบันทึกข้อมูลตามแบบ ทส. ๑ มี ไม่มี

๒) มีการรายงานข้อมูลตามแบบ ทส. ๒ มี ไม่มี

(ตรวจสอบได้ที่ ทสจ., กตพ., แหล่งกำเนิดมลพิษ หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ : ereportmatra80)

อื่นๆ.....

๒.๗ การระบายน้ำทิ้งออกสู่ภายนอก [] มี จำนวน.....จุด บริเวณ.....
[] ไม่มี เนื่องจาก.....

แหล่งรองรับน้ำทิ้ง [] ระบบบำบัดน้ำเสียรวมของ.....(เอกสารแนบ)
[] ท่อระบายน้ำสาธารณะ
[] คลอง/แม่น้ำ ระบุ.....
[] อื่นๆ ระบุ.....

๒.๘ การระบายน้ำเสียโดยไม่ผ่านการบำบัด (by-pass)
[] ไม่มี [] มี จำนวน.....จุด บริเวณ.....(ภาพถ่าย)

๒.๙ การเก็บตัวอย่างน้ำ (พารามิเตอร์ที่ต้องตรวจสอบ ได้แก่ pH, BOD, TSS, TDS, Sulfide, TKN, Oil and Grease,TCB,FCB,CL)
[] เก็บตัวอย่าง จำนวน.....จุด
[] ไม่ได้เก็บตัวอย่าง เนื่องจาก.....

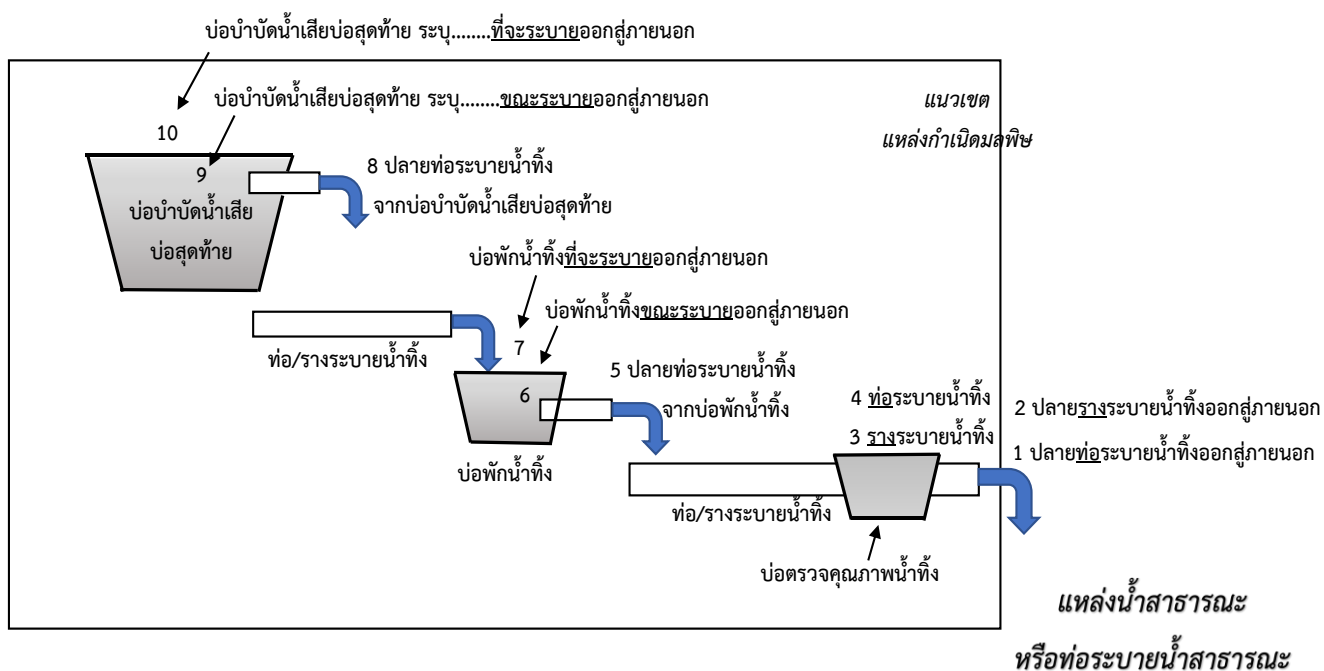


๒.๑๐ ตารางบันทึกรายละเอียดการเก็บตัวอย่างน้ำเบื้องต้น

รายละเอียด		ตัวอย่างที่ 1	ตัวอย่างที่ 2	ตัวอย่างที่ 3	ตัวอย่างที่ 4	ตัวอย่างที่ 5
จุดเก็บตัวอย่าง ^{(1) (2)} :						
รหัสตัวอย่าง :						
วันที่ :						
เวลา :						
ตัวอย่างน้ำ	พารามิเตอร์					
น้ำทิ้ง	pH					
	อุณหภูมิ (C°)					
	TDS (mg/L)					
	การนำไฟฟ้า (µS/cm)					
	Salinity (ppt)					
	คลอรีนอิสระ Cl (mg/L)					
	สี					
	ความขุ่น					
	กลิ่น					
น้ำประปา	pH					
	TDS (mg/L)					
	การนำไฟฟ้า (µS/cm)					
ผลต่างค่า TDS ของน้ำทิ้งกับ TDS ของน้ำประปา						

หมายเหตุ : ⁽¹⁾ กรณีเก็บตัวอย่างน้ำทิ้ง (ให้ระบุจุดเก็บตัวอย่างตามแผนผัง)

⁽²⁾ กรณีที่มีเหตุสงสัยได้ว่าการเจือจาง (Dilution) ควรตรวจสอบค่า TDS ของน้ำทิ้ง เทียบกับค่าน้ำประปา ซึ่งผลต่างค่า TDS น้ำทิ้งกับน้ำประปา ไม่ควรต่ำกว่า 100 มิลลิกรัมต่อลิตร รวมถึง ควรตรวจวัดค่า TDS ในบ่อบำบัดแต่ละยูนิต ตั้งแต่เข้าระบบฯ บ่อเติมอากาศ บ่อตกตะกอน และบ่อพักน้ำทิ้ง เป็นต้น



แผนผังแสดงที่ตั้งของอาคาร ระบบบำบัดน้ำเสีย จุดที่ระบายน้ำทิ้ง และจุดเก็บตัวอย่างน้ำ

๒.๑๑ ค่าใช้จ่ายในการเดินระบบบำบัดน้ำเสีย

ค่าจ้างบุคลากร.....	บาท/เดือน	ค่าสารเคมี.....	บาท/เดือน
ค่าไฟฟ้า.....	บาท/เดือน	ค่าวิเคราะห์ตัวอย่าง.....	บาท/เดือน
ค่าบำรุงรักษา.....	บาท/เดือน	อื่นๆ.....	บาท/เดือน
รวมทั้งสิ้น.....	บาท/เดือน		



๓. ปัญหาอุปสรรค

.....

.....

.....

.....

๔. ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ในการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานควบคุมมลพิษ และคณะ ได้รับความยินยอมจากเจ้าของหรือผู้ครอบครองหรือผู้แทนของแหล่งกำเนิดมลพิษ (ผู้นำตรวจสอบ) โดยมีได้กระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่เครื่องจักร อุปกรณ์ หรือทรัพย์สินของแหล่งกำเนิดมลพิษ และมีได้กระทำการใดๆ อันเป็นการจูงใจ ให้คำมั่นสัญญา ขู่เข็ญ หลอกลวง หรือโดยมิชอบด้วยประการอื่น เพื่อจูงใจให้ผู้นำตรวจสอบให้ข้อมูลรายละเอียดตามบันทึกการตรวจสอบแหล่งกำเนิดมลพิษฉบับนี้ ทั้งนี้ ผู้นำตรวจสอบได้อ่านข้อความทั้งหมดโดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าถูกต้องตามที่ได้ให้ข้อมูลต่อเจ้าพนักงานควบคุมมลพิษ (ผู้ตรวจสอบ) จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์.....

เจ้าของ/ผู้ครอบครอง/ผู้แทนของแหล่งกำเนิดมลพิษ

ผู้นำตรวจสอบ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ร่วมตรวจสอบ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ร่วมตรวจสอบ

