



ศูนย์โควิดฯ มท.

โทรสารในราชการกระทรวงมหาดไทย

ด่วนที่สุด

ที่ มท ๐๒๓๐/ว ๒๗๐๕

วันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔

จาก ปลัดกระทรวงมหาดไทย

ถึง ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด

ตามโทรสารในราชการกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๒๓๐/ว ๒๑๑๒ ลงวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๔ แจ้งจังหวัดให้ประเมินสถานการณ์ และพิจารณาจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม และเตรียมความพร้อมบุคลากรทางการแพทย์และวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในพื้นที่ นั้น

เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการโรงพยาบาลสนาม และ Hospitel ในเชิงนโยบาย จึงขอให้จังหวัดรายงานข้อมูลการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม และ Hospitel ในพื้นที่จังหวัดตามแบบรายงานที่กำหนดทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ moinewccovid@gmail.com ชื่อเรื่อง “ข้อมูลโรงพยาบาลสนาม จังหวัด...” ทุกวันพุธ ภายในเวลา ๑๖.๓๐ น. โดยให้รายงานครั้งแรกวันพุธที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๔

(นายฉัตรชัย พรหมเลิศ)

ปลัดกระทรวงมหาดไทย

หัวหน้าผู้รับผิดชอบในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน
ในส่วนที่เกี่ยวกับการสั่งการและประสานกับผู้ว่าราชการจังหวัด
และผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร

สำนักงาน ศบค.มท. (สนผ.สป.)

โทร. ๐ ๒๒๒๕ ๔๘๕๗ มท. ๕๐๑๘๘

แบบรายงานการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามและHospital

จังหวัด.....

ข้อมูล ณ วันที่.....

| รายการ | ที่ตั้ง | จำนวนที่ รองรับได้ ทั้งหมด (เตียง) | สถานะ | | | จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ | | | | | หน่วยงาน รับผิดชอบ (เช่น สสจ. รพ. ทหาร อปท. เอกชน ฯลฯ) |
|---------------------------------------|---------------------|---|--------------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------|--------|----------------------------|-----------------------|-------|--|
| | | | ผู้ที่พ้นระยะ การพักรักษา (คน) | ผู้ที่อยู่ ระหว่างพักรักษา (คน) | จำนวน คงเหลือที่ สามารถ รองรับได้ (คน) | แพทย์ | พยาบาล | บุคลากร ทาง การแพทย์ | เจ้าหน้าที่ อื่น ๆ | ผลรวม | |
| 1. โรงพยาบาลสนามที่พร้อมใช้งาน | | | | | | | | | | | |
| 1.1 | (ชื่อสถานที่) | | | | | | | | | | |
| 1.2 | (ชื่อสถานที่) | | | | | | | | | | |
| 1.3 | (ชื่อสถานที่) | | | | | | | | | | |
| รวม | | | | | | | | | | | |
| 2. Hospital ที่พร้อมใช้งาน | | | | | | | | | | | |
| 2.1 | (ชื่อสถานที่) | | | | | | | | | | |
| 2.2 | (ชื่อสถานที่) | | | | | | | | | | |
| 2.3 | (ชื่อสถานที่) | | | | | | | | | | |
| รวม | | | | | | | | | | | |

ผู้ประสานงาน

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ผู้รายงาน

ตำแหน่ง ...ผู้ว่าราชการจังหวัด.....

วัน/เดือน/ปี

แบบรายงานการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามและ Hospitel



<https://forms.gle/zpG2si7DxH7xJUe87>