

## 中區四校物理治療學系校外實習機構聯合訪視調查表 (113 學年度)

填表人	張雯晴	填表日期	112 年 11 月 10 日
此份資料提供學校	<input type="checkbox"/> 中山醫學大學 <input checked="" type="checkbox"/> 中國醫藥大學 <input type="checkbox"/> 弘光科技大學 <input type="checkbox"/> 亞洲大學		
以下資料願意提供	本系網頁： <input checked="" type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否	物理治療學會網頁： <input checked="" type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否	

### 第一部分：單位基本資料

醫院/機構/物理治療所正式名稱/統一編號	衛生福利部桃園醫院						
立合約書人	陳日昌代理院長 (合約上需正確，公文上請打陳日昌代理院長)						
發文單位通訊地址	330 桃園市桃園區中山路 1492 號						
網站連結	http://www.tygh.mohw.gov.tw						
<b>醫療院所整體規模與其他綜合資料</b>							
醫院層級	<input checked="" type="checkbox"/> 教學醫院 通過評鑑有效日期： 108 年 11 月 ~ 112 年 10 月 <input type="checkbox"/> 非教學醫院						
	<input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 準醫學中心 <input checked="" type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 基層診所						
	<input type="checkbox"/> 物理治療所(類別 _____ ) <input type="checkbox"/> 長照機構(類別 _____ )						
	<input type="checkbox"/> 其他 _____						
總病床數	1045 床 (PAC 病床 20 床)						
<b>復健科組織架構</b>							
復健醫學部主任姓名	李偉強	病床數	46 床	平均佔床率	99%	平均每月門診人次	人次
專業人員	<input checked="" type="checkbox"/> 物理治療 <input checked="" type="checkbox"/> 職能治療 <input checked="" type="checkbox"/> 語言治療 <input checked="" type="checkbox"/> 義肢支架裝具 <input checked="" type="checkbox"/> 其他，請說明 臨床心理師、早療聯評中心社工						
<b>物理治療部門/所</b>							
是否通過訓練機構評鑑	<input type="checkbox"/> 是 訓練機構名稱： _____ <input type="checkbox"/> 否						
主管姓名	許應勃	職稱	物理治療科主任	聯絡電話	03-3699721 轉 1018	電子信箱	ptrobert@ms17.hinet.net
臨床實習負責人姓名	張雯晴	職稱	物理治療師及教學組長	聯絡電話	03-3699721 轉 1230	電子信箱	tingchia0212@gmail.com
物理治療專業人員配置情形(計算至本年度 12 月底為止)							
物理治療師	總人數			專任	28 人	兼任	人
	工作資歷超過(含)4 年			專任	18 人	兼任	人
	工作資歷 2 年(含)至 4 年			專任	4 人	兼任	人
	工作資歷為不滿 2 年			專任	6 人	兼任	人
	具有臨床教師人數 (經醫策會認可機構認證)						14 人
物理治療生總人數				專任	0 人	兼任	人
提供物理治療學生實習領域之其他專業人員				專任	義肢裝具 3 人	兼任	人
實習師生比	1:1						

## 第二部分：物理治療臨床實習調查

提供之實習制度(可複選)		<input type="checkbox"/> A制(6週)	<input type="checkbox"/> B制(12週)	<input checked="" type="checkbox"/> C制(18週)	<input type="checkbox"/> D制(36週)
實習目標	學習基本臨床技能及全人照護觀念，做為準物理治療師的先導訓練，並為將來執照考試與專業奠定良好基礎。				
實習內容/學生每半天負責治療人數(負荷量)					
實習學科	實習內容	實習制度別			
		A制(6週)	B制(12週)	C制(18週)	D制(36週)
基本項目	肌肉骨骼系統物理治療	小時 人/半天	小時 人/半天	360小時 4-5人/半天	小時 人/半天
	神經系統物理治療	小時 人/半天	小時 人/半天	360,240小時 3-5人/半天	小時 人/半天
	呼吸循環系統物理治療 (含床邊物理治療)	小時 人/半天	小時 人/半天	120小時 3-5人/半天	小時 人/半天
	小兒物理治療	小時 人/半天	小時 人/半天	360小時 4-5人/半天	小時 人/半天
選修項目	請填寫項目： 義肢裝具	小時 人/半天	小時 人/半天	120小時 1-2人/半天	小時 人/半天
	請填寫項目： _____	小時 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天
	請填寫項目： _____	小時 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天
	備註： 運動傷害、長期照護、特殊教育、體適能促進、腫瘤癌症物理治療、燒燙傷物理治療、婦女健康、身心障礙之鑑定或需求評估、輔具服務、及一般科物理治療等				
臨床實習時間	<input checked="" type="checkbox"/> 全部在週一至週五白天				
	<input type="checkbox"/> 會包括部分時間於夜間實習，請說明： _____				
	<input type="checkbox"/> 會包括部分時間於週末或假日實習，請說明： _____				
教學研討活動	<input checked="" type="checkbox"/> Journal Meeting	<input checked="" type="checkbox"/> Case Conference	<input checked="" type="checkbox"/> Book Reading	<input checked="" type="checkbox"/> Seminar(Topics)	
	<input type="checkbox"/> Joint Evaluation for Child Development		<input checked="" type="checkbox"/> Others: <u>IPE</u>		
書寫病歷	<input checked="" type="checkbox"/> 是 (老師是否批閱或與學生討論： <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否)				<input type="checkbox"/> 否
實習分發制度	<input checked="" type="checkbox"/> 醫療院所遴選：				
	A. 申請注意事項及準備文件是否與去年相同， <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (請提供) 繳交書面申請資料： 必須項目： <input checked="" type="checkbox"/> 歷年成績單 <input checked="" type="checkbox"/> 名次表 <input checked="" type="checkbox"/> 自傳 <input checked="" type="checkbox"/> 實習計畫 <input type="checkbox"/> 推薦信_____封 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	口試/面試： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，預計於何時進行？_____				
其他：請說明相關規定：_____					
B. 收件截止日期： <u>2</u> 月 <u>16</u> 日					
C. 是否同意提供候補， <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
<input type="checkbox"/> 學校選填 錄取名單需於____月____日前通知					
膳宿提供情形	膳食	<input type="checkbox"/> 供膳 <input checked="" type="checkbox"/> 自理 ( <input checked="" type="checkbox"/> 員工餐廳優惠)			
	住宿	<input type="checkbox"/> 自理 <input checked="" type="checkbox"/> 可以申請宿舍(金額： <u>    </u> 元/月)，請提供申請辦法或表格			



### 第三部分：實習合約簽約備忘錄

簽約聯絡人	科室	<input type="checkbox"/> 教研組 <input type="checkbox"/> 人力資源室 <input checked="" type="checkbox"/> 復健醫學部 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
	姓名	顏佩伶	電話	03-3699721#1018	電子信箱
實習合約書	實習合約書版本	<input checked="" type="checkbox"/> 依醫院 (請提供電子檔)			<input type="checkbox"/> 依學校
	實習費用	<input checked="" type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每學期    每人 <u>250</u> 元			
體檢內容	請 選				
	項目	實習前一年內	實習前六個月內	實習前三個月內	其他時間點
	一般理學檢查				
	胸腔 X 光		v		
	B 肝抗原		v		
	B 肝抗體		v		
	B 肝核心抗體		v		
	B 肝疫苗施打記錄		v		
	C 肝抗體				
	麻疹抗體		v		
	德國麻疹抗體		v		
	水痘抗體		v		
	其他項目 COVID-19 疫苗		v		
注意事項：C 2 同學請留意體檢日期須 <u>C 2 報到日前六個月內</u>					

### 第四部分：實習學生報到注意事項

實習說明會	<input type="checkbox"/> 需參加實習說明會 日期時間：_____ 報到地點：_____ 負責老師：_____
	<input checked="" type="checkbox"/> 無實習說明會
實習報到	日期時間：_____ 報到地點： <u>綜合大樓 2 樓神經物理治療室</u> 負責老師： <u>張雯晴物理治療師</u>
攜帶文件	<input checked="" type="checkbox"/> 體檢報告影本 <input checked="" type="checkbox"/> 意外保險證影本    其他： <u>Covid-19 疫苗施打證明、二吋照片一張</u>
其他	