

## 中區三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      | 陳上真  | 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 |   |                 |
| 以下資料願意提供 | 本系網頁： <input type="checkbox"/> 是； <input checked="" type="checkbox"/> 否                                    | 物理治療學會網頁： <input type="checkbox"/> 是； <input checked="" 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              | 衛生福利部豐原醫院  |     |        |       |                  |          |                     |
| 立 合 約 書 人                    | 衛生福利部豐原醫院 賴慧貞院長  |     |        |       |                  |          |                     |
| 發 文 單 位 通 訊 地 址              | 台中市豐原區安康路 100 號復健科   |     |        |       |                  |          |                     |
| 網 站 連 結                      | https://www.fyh.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： <u>109</u> 年 <u>1</u> 月 ~ <u>115</u> 年 <u>12</u> 月<br><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<br><input type="checkbox"/> 物理治療所(類別 _____ ) <input type="checkbox"/> 長照機構(類別 _____ )<br><input type="checkbox"/> 其他 _____ |     |        |       |                  |          |                     |
|                              | 總病床數 <u>430</u> 床  |     |        |       |                  |          |                     |
| <b>復健科組織架構</b>               |  |     |        |       |                  |          |                     |
| 復健科主任姓名                      | 蘇希洵醫師  | 病床數 | 40 床   | 平均佔床率 | 100 %            | 平均每月門診人次 | 1900 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 type="checkbox"/> 義肢支架裝具<br><input checked="" type="checkbox"/> 其他，請說明 <u>心理治療</u>   |     |        |       |                  |          |                     |
| <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： _____<br><input checked="" type="checkbox"/> 否  |     |        |       |                  |          |                     |
| 主管姓名                         | 李翠屏  | 職稱  | 物理治療組長 | 聯絡電話  | 04-25271180-3102 | 電子信箱     | tpapen621@gmail.com |
| 臨床實習負責人姓名                    | 陳上真  | 職稱  | 物理治療師  | 聯絡電話  | 04-25271180-3105 | 電子信箱     | s19006024@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     | 16 人  | 兼任               | 0 人      |                     |
|                              | 工作資歷超過(含)4 年   |     | 專任     | 14 人  | 兼任               | 0 人      |                     |
|                              | 工作資歷 2 年(含)至 4 年   |     | 專任     | 1 人   | 兼任               | 0 人      |                     |
|                              | 工作資歷為不滿 2 年  |     | 專任     | 1 人   | 兼任               | 0 人      |                     |
|                              | 具有臨床教師人數 (經醫策會認可機構認證)  |     |        |       |                  | 15 人     |                     |
| 物理治療生總人數                     |  |     | 專任     | 3 人   | 兼任               | 0 人      |                     |
| 提供物理治療學生實習領域之其他專業人員          |  |     | 專任     | 0 人   | 兼任               | 0 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 checked="" 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   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 具備一般物理治療執業所需之基本專業知識與臨床技能。</li> <li>● 具備基本病患處理技能、溝通能力、倫理思維與實踐。</li> <li>● 整合在校所學的知識與治療技巧。</li> <li>● 具備基本行政管理概念。</li> </ul> |  |  |                                  |
| 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   | 240 小時<br>4 人/半天  | 小時<br>人/半天                                       | 240 小時<br>4 人/半天   | 小時<br>人/半天                       |
|  | 神經系統物理治療   | 240 小時<br>4 人/半天  | 小時<br>人/半天                                       | 240 小時<br>人/半天   | 小時<br>人/半天                       |
|  | 呼吸循環系統物理治療<br>(含床邊物理治療)  | 小時<br>人/半天  | 小時<br>人/半天                                       | 240 小時<br>4 人/半天   | 小時<br>人/半天                       |
|  | 小兒物理治療   | 小時<br>人/半天  | 小時<br>人/半天                                       | 240 小時<br>4 人/半天   | 小時<br>人/半天                       |
| 選修項目   | 請填寫項目：<br>_____  | 小時<br>人/半天  | 小時<br>人/半天                                       | 小時<br>人/半天   | 小時<br>人/半天                       |
|  | 請填寫項目：<br>_____  | 小時<br>人/半天  | 小時<br>人/半天                                       | 小時<br>人/半天   | 小時<br>人/半天                       |
|  | 請填寫項目：<br>_____  | 小時<br>人/半天  | 小時<br>人/半天                                       | 小時<br>人/半天   | 小時<br>人/半天                       |
|  | 備註：<br>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：<br>_____  |   |  |  |                                  |
|  | <input type="checkbox"/> 會包括部分時間於週末或假日實習，請說明：<br>_____   |   |  |  |                                  |
| 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"/> / <input type="checkbox"/> Seminar(Topics) |                                  |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> Joint Evaluation for Child Development   |   | <input type="checkbox"/> Others: _____           |  |                                  |
| 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 type="checkbox"/> 醫療院所遴選：<br>A. 申請注意事項及準備文件是否與去年相同， <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (請提供)<br>繳交書面申請資料：<br>必須項目： <input type="checkbox"/> 歷年成績單 <input type="checkbox"/> 名次表 <input type="checkbox"/> 自傳 <input type="checkbox"/> 實習計畫 <input type="checkbox"/> 推薦信 _____ 封<br><input type="checkbox"/> 其他 _____<br>口試/面試： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，預計於何時進行？ _____<br>其他：請說明相關規定： _____ |   |  |  |                                  |
|  | B. 收件截止日期：__月__日<br>C. 是否同意提供候補， <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否   |   |  |  |                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 學校選填 錄取名單需於__6__月__5__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 checked="" type="checkbox"/> 自理 <input type="checkbox"/> 可以申請宿舍(金額： 元/月) 請提供申請辦法或表格： _____   |  |  |                                  |

本學年度(112 學年度)在貴單位實習學生來源及人數

| 實習制度別   |    | 臺大 | 陽明 | 長庚 | 中山 | 中國 | 成大 | 高醫 | 義守 | 慈濟 | 輔英 | 弘光 | 樹人 | 仁德 | 亞大 |
|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| D制(36週) | D  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| C制(18週) | C1 |    |    |    | 1  | 1  |    |    |    |    | 0  | 0  | 1  |    | 1  |
|         | C2 |    |    |    | 0  | 1  |    |    |    |    | 1  | 2  | 0  |    | 1  |
| B制(12週) | B1 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|         | B2 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|         | B3 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|         | B4 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| A制(6週)  | A1 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|         | A2 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|         | A3 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|         | A4 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|         | A5 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|         | A6 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|         | A7 |    |    |    |    |    | 2  |    |    |    |    |    |    |    |    |
|         | A8 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

下學年度(113 學年度)可提供實習名額

| 實習制度別              |    | 名額 |    |    | 時數  |     |     |    |          |
|--------------------|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----------|
|                    |    | 中山 | 中國 | 弘光 | 骨科  | 神經  | 小兒  | 心肺 | 其他：_____ |
| D制(36週)            | D  |    |    |    |     |     |     |    |          |
| C制(18週)            | C1 |    | 2  |    | 240 | 240 | 240 |    |          |
|                    | C2 |    | 2  |    | 240 | 240 | 240 |    |          |
| B制(12週)            | B1 |    |    |    |     |     |     |    |          |
|                    | B2 |    |    |    |     |     |     |    |          |
|                    | B3 |    |    |    |     |     |     |    |          |
|                    | B4 |    |    |    |     |     |     |    |          |
| 組合 B 制<br>例: B1+B2 |    |    |    |    |     |     |     |    |          |
| A制(6週)             | A1 |    |    |    |     |     |     |    |          |
|                    | A2 |    |    |    |     |     |     |    |          |
|                    | A3 |    |    |    |     |     |     |    |          |
|                    | A4 |    |    |    |     |     |     |    |          |
|                    | A5 |    |    |    |     |     |     |    |          |
|                    | A6 |    |    |    |     |     |     |    |          |
|                    | A7 |    | 2  |    | 240 |     |     |    |          |
|                    | A8 |    | 2  |    | 240 |     |     |    |          |
| 組合 A 制<br>例: A1+A2 |    |    |    |    |     |     |     |    |          |

### 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"/> 復健科 <input type="checkbox"/> 其他 _____ |        |                  |       |                     |
|   | 姓名                                      | 陳上真   | 電話     | 04-25271180-3105 | 電子信箱  | s19006024@gmail.com |
| 實習合約書   | 實習合約書版本                                 | <input type="checkbox"/> 依醫院 (請提供電子檔) <input checked="" type="checkbox"/> 依學校   |        |                  |       |                     |
|   | 實習費用                                    | <input type="checkbox"/> 每週 <input checked="" type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每學期    每人 <u>1000</u> 元                   |        |                  |       |                     |
| 體檢內容<br>(煩請依貴<br>單位規定自<br>行增減項<br>目)  | 請 <input checked="" type="checkbox"/> 選 |   |        |                  |       |                     |
|   |   | 項目  | 實習前一年內 | 實習前六個月內          | 其他時間點 |                     |
|   |   | 一般理學檢查  | V      |                  |       |                     |
|   |   | 胸腔 X 光  | V      |                  |       |                     |
|   |   | B 肝抗原   | V      |                  |       |                     |
|   |   | B 肝抗體   | V      |                  |       |                     |
|   |   | B 肝核心抗體   |        |                  |       |                     |
|   |   | 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                                    |   |        |                  |       |                     |
| 注意事項： <ul style="list-style-type: none"> <li>● B 肝抗原、抗體-皆呈陰性需有施打疫苗紀錄。</li> <li>● 麻疹及德國麻疹抗體呈陰性須有 MMR 疫苗接種紀錄。</li> <li>● 水痘抗體呈陰性反應需有施打疫苗紀錄。</li> <li>● 需於實習日前完成並繳交所有健康檢查報告及上述疫苗施打紀錄，並確認無法定傳染性疾病後，始得報到實習。</li> </ul> |   |   |        |                  |       |                     |

### 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<br>日期時間：_____ 報到地點：_____   |  |
|       | <input checked="" type="checkbox"/> 無實習說明會   |  |
| 實習報到  | 日期時間： <u>各梯實習第一天當日早上 7:50</u><br>報到地點： <u>豐原醫院復健科電療室門口</u><br>負責老師： <u>陳上真 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：_____                                       |  |
| 其他    | 請同學在實習前一個月使用 QR code 或括號內短網址至 google 表單填寫基本資料。(http://bit.ly/豐原醫院實見習生基本資料)。 <b>沒有於規定時間內完成表單者，將無法報到實習。</b><br>並請同學密切注意 email 信箱以免漏接收重要訊息。 |  |

