

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	朱怡菁 物理治療督導	填表日期	112年10月27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 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		財團法人瑪利亞社會福利基金會					
立 合 約 書 人		鄭若瑟					
發 文 單 位 通 訊 地 址		臺中市南屯區東興路一段450號					
網 站 連 結		瑪利亞社會福利基金會 (maria.org.tw)					
醫療院所整體規模與其他綜合資料							
醫院層級	<input type="checkbox"/> 教學醫院 通過評鑑有效日期：_____年 月 ~ _____年 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 type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input checked="" type="checkbox"/> 基層診所 臺中市愛心家園附設醫務室 <input type="checkbox"/> 物理治療所(類別_____) <input type="checkbox"/> 長照機構(類別_____) <input checked="" type="checkbox"/> 其他 臺中市南區輔具資源中心						
總病床數	_____床						
復健科組織架構							
復健科主任姓名	劉純晶	病床數	0床	平均佔床率	%	平均每月門診人次	550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 <input checked="" type="checkbox"/> 其他，請說明輔具治療師(甲、乙和丙類輔具評估人員)、輔具技師、社工師、教保員						
物理治療部門/所							
是否通過訓練機構評鑑	<input type="checkbox"/> 是 訓練機構名稱：_____ <input checked="" type="checkbox"/> 否						
主管姓名	劉純晶	職稱	主任/物理治療師	聯絡電話	(04)2471-3535 轉 1901	電子信箱	m881@maria.org.tw
臨床實習負責人姓名	朱怡菁	職稱	物理治療督導	聯絡電話	(04)2471-3535 轉 1803	電子信箱	m1335@maria.org.tw
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	11人	兼任	0人	
	工作資歷超過(含)4年		專任	9人	兼任	0人	
	工作資歷2年(含)至4年		專任	2人	兼任	0人	
	工作資歷為不滿2年		專任	0人	兼任	0人	
	具有臨床教師人數(經醫策會認可機構認證)					3人	
物理治療生總人數			專任	1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	12人	兼任	0人	
實習師生比		12:4					

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 checked="" type="checkbox"/> B 制(12 週)	<input type="checkbox"/> C 制(18 週)	<input type="checkbox"/> D 制(36 週)
實習目標	(1) 在評估病人前後，先查閱病歷並收集必要的資料並能撰寫正確及適當之物理治療記錄。 (2) 可獨立執行基本的評估與物理治療技巧與尊重並維護病人的隱私權。 (3) 遵循臨床及行政的政策與程序。				
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	小時 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	小時 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	小時 人/半天	小時 人/半天
	小兒物理治療	小時 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天
選修項目	請填寫項目： 機構的物理治療服務 (1) 個別化服務計畫(ISP)的理念與實施。 (2) 評量運用:早期療育課程評量、支持強度量表、以個人為中心的服務計畫(PCP)。 (3) 身心障礙體適能促進與評量。 (4) 跨專業團隊合作服務模式。 (5) 入班協同教學服務運用。 (6) 身心障礙運動:地板滾球、游泳、桌球等。	240 小時 2~4 人/半天	480 小時 2~4 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天
	請填寫項目： 輔具資源中心輔助科技服務 (1) 輔具需求專業評估和諮詢。 (2) 到宅、到校無障礙環境規劃。 (3) 輔具復健訓練計畫。 (4) 輔具維修、改良。 (5) 輔具回收再運用。 (6) 輔具租借媒合。 (7) 輔具參訪/體驗/推廣。			240 小時 2~4 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					

下學年度(113 學年度)可提供實習名額-名額共用，依申請審核

實習制度別		名額				時數				
		中山	中國	台大	樹人	骨科	神經	小兒	心肺	其他： <u>機構的物理治療服務/輔具資源中心輔助科技服務</u>
D 制(36 週)	D									
C 制(18 週)	C1									
	C2									
B 制(12 週)	B1									2~4
	B2									2~4
	B3	2	2	2						2~4
	B4	2	2	2						2~4
組合 B 制 例: B1+B2										
A 制(6 週)	A1				2					
	A2				2					
	A3				2					
	A4				2					
	A5	2	2	2						2~4
	A6	2	2	2						2~4
	A7	2	2	2						2~4
	A8	2	2	2						2~4
組合 A 制 例: A1+A2										A5~8 任選 2~4

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 type="checkbox"/> 復健科 <input checked="" type="checkbox"/> 其他 <u>復健治療中心</u>			
	姓名	劉純晶	電話	(04)2471-3535 轉 1801	電子信箱
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 checked="" type="checkbox"/> 每 6 週 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每學期 每人 <u>750</u> 元			
體檢內容	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	V			
	B 肝疫苗施打記錄	V			
	C 肝抗體	V			
	麻疹抗體				
德國麻疹抗體					

	水痘抗體			
	其他項目			
注意事項：				

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： <u>依 A、B 制實習的第一個星期一早上 8:00</u> 報到地點： <u>台中市愛心家園</u> 負責老師： <u>朱怡菁</u>
攜帶文件	<input checked="" type="checkbox"/> 體檢報告影本 <input type="checkbox"/> 意外保險證影本 其他：_____
其他	