

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 | 吳孟亭 | 填表日期 | 112 年 10 月 24 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 | 人一物理治療所 | | | | | | | |
| 立 合 約 書 人 | 吳定中 | | | | | | | |
| 發 文 單 位 通 訊 地 址 | 台中市西屯區台灣大道四段 771 號 12 樓 | | | | | | | |
| 網 站 連 結 | | | | | | | | |
| 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 type="checkbox"/> 基層診所 <input checked="" 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 | _____床 | | | | | | | |
| 復健科組織架構 | | | | | | | | |
| 復健科主任姓名 | | 病床數 | 床 | 平均佔床率 | % | 平均每月門診人次 | 人次 | |
| 專業人員 | <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 義肢支架裝具 <input type="checkbox"/> 其他，請說明_____ | | | | | | | |
| 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 type="checkbox"/> 否 | | | | | | | |
| 主管姓名 | 吳定中 | 職稱 | 院長 | 聯絡電話 | 04-23593695 | 電子信箱 | fingersurgeryteam@gmail.com | |
| 臨床實習負責人姓名 | 張嘉旆 | 職稱 | 副院長 | 聯絡電話 | 0423593695 | 電子信箱 | fingersurgeryteam@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 | 9 人 | 兼任 | 人 | | |
| | 工作資歷超過(含)4 年 | | 專任 | 7 人 | 兼任 | 人 | | |
| | 工作資歷 2 年(含)至 4 年 | | 專任 | 2 人 | 兼任 | 人 | | |
| | 工作資歷為不滿 2 年 | | 專任 | 人 | 兼任 | 人 | | |
| | 具有臨床教師人數 (經醫策會認可機構認證) | | | | | 5 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 | 人 | 兼任 | 人 | | |
| 實習師生比 | | | | | | | | 5:1 |

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 type="checkbox"/> C 制(18 週) | <input type="checkbox"/> D 制(36 週) |
|--|---|---|--|---|------------------------------------|
| 實習目標 | | | | | |
| 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 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： _____ | 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 |
| | 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 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 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 checked="" type="checkbox"/> 推薦信_1_封 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 口試/面試： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有，預計於何時進行？ <u>113.03.09</u> 其他：請說明相關規定： _____ | | | | |
| | B.收件截止日期： <u>2</u> 月 <u>29</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 <u>3</u> 月 <u>16</u> 日前通知 | | | | | |
| 膳宿提供情形 | 膳食 | <input checked="" type="checkbox"/> 供膳 <input type="checkbox"/> 自理(<input 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： <u> </u> 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 | 慈惠 |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| D 制(36 週) | D | | | | | | | | | | | | | | |
| C 制(18 週) | C1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | C2 | | | | | | | | | | | | | | |
| B 制(12 週) | B1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | B2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | B3 | | | | | | | | | | | | | | |
| | B4 | | | | | | | | | | | | | | |
| A 制(6 週) | A1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | A2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | A3 | | | | | | | | | | | | | | |
| | A4 | | | | | | | | | | | | | | |
| | A5 | | | | | | | | | | | | | | |
| | A6 | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| | A7 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | |
| | C2 | | | | | | | | |
| B 制(12 週) | B1 | | | | | | | | |
| | B2 | | | | | | | | |
| | B3 | | | | | | | | |
| | B4 | | | | | | | | |
| 組合 B 制 例: B1+B2 | | | | | | | | | |
| A 制(6 週) | A1 | | | | | | | | |
| | A2 | | | | | | | | |
| | A3 | | | | | | | | |
| | A4 | | | | | | | | |
| | A5 | | | | | | | | |
| | A6 | 1 | 1 | 1 | 240 | | | | |
| | A7 | | | | | | | | |
| | A8 | | | | | | | | |
| 組合 A 制 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 type="checkbox"/> 復健科 <input checked="" type="checkbox"/> 其他 _____ | | | |
| | 姓名 | 吳孟亭 | 電話 | 04-23593695 | 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 type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每月 <input checked="" type="checkbox"/> 每學期 每人 _____ 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 | | | | |
| | C 肝抗體 | | | | |
| | 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：_____ | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 無實習說明會 負責老師：_____ | |
| 實習報到 | 日期時間： 依梯次時間 _____ 報到地點： 人一物理治療所 _____ 負責老師： 吳孟亭 _____ | |
| 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 | | |