

## 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	陳昱廷	填表日期	112 年 11 月 25 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	佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院						
立 合 約 書 人	教學部 陳美菊						
發 文 單 位 通 訊 地 址	台中市潭子區豐興路一段 88 號						
網 站 連 結	<a href="http://taichung.tzuchi.com.tw/">http://taichung.tzuchi.com.tw/</a>						
醫療院所整體規模與其他綜合資料							
醫院層級	<input checked="" 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 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 _____ 床						
復健科組織架構							
復健科主任姓名	蔡森蔚	病床數	床	平均佔床率	%	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 type="checkbox"/> 義肢支架裝具 <input checked="" type="checkbox"/> 其他，請說明 _____ 心理師						
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	林啟文	職稱	副主任	聯絡電話	04-36060666#3980	電子信箱	
臨床實習負責人姓名	陳昱廷	職稱	組長	聯絡電話	04-36060666#3912	電子信箱	<a href="mailto:tc150707@tzuchi.com.tw">tc150707@tzuchi.com.tw</a>
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	15 人	兼任	人	
	工作資歷超過(含)4 年		專任	9 人	兼任	人	
	工作資歷 2 年(含)至 4 年		專任	3 人	兼任	人	
	工作資歷為不滿 2 年		專任	3 人	兼任	人	
	具有臨床教師人數 (經醫策會認可機構認證)					人	
物理治療生總人數			專任	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	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					
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 3 人/半天	小時 人/半天	240 小時 3 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	240 小時 3 人/半天	小時 人/半天
	呼吸循環系統物理治療 (C 制:含骨科及神經床邊)	240 小時 3 人/半天	小時 人/半天	240 小時 3 人/半天	小時 人/半天
	小兒物理治療	小時 人/半天	小時 人/半天	240 小時 3 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： <u>C 制 18 週，分為兩組：骨科+神經+小兒 或 骨科+神經+心肺(骨科及神經個案)，各站為六週；A 制為骨科。</u>				
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 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 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： 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) 繳交書面申請資料： 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 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	口試/面試： <input 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：__月__日		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 (成績限制：系排前 3/4) 錄取名單需於__6__月__15__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(111 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	亞大	弘光	樹人	仁德	慈惠
D制(36週)	D														
C制(18週)	C1				2	3				3	2	1		3	
	C2				2	2				1	1	1		4	
B制(12週)	B1														
	B2														
	B3														
	B4														
A制(6週)	A1														
	A2										1				
	A3					1					1				
	A4					1									
	A5														
	A6														
	A7					1									
	A8					1									

下學年度(121 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：床邊
D制(36週)	D								
C制(18週)	C1		1		240	240	240		
	C1		2		240	240		240	
	C2		1		240	240	240		
	C2		2		240	240		240	
B制(12週)	B1								
	B2								
	B3								
	B4								
組合 B 制 例: B1+B2									
A制(6週)	A1		1		240				
	A2		1		240				
	A3		1		240				
	A4		1		240				
	A5		1		240				
	A6		1		240				
	A7		1		240				
	A8		1		240				

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 <u>教學部</u>							
	姓名	<u>陳美菊</u>	電話	<u>0436060666#5062</u>	電子信箱	<u>meichu@tzuchi.com.tw</u>			
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 type="checkbox"/> 每週 <input checked="" type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每學期    每人 <u>2000</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								
B 肝疫苗施打記錄		若抗體為陰性則需附接受第一劑 B 型肝炎疫苗注射證明，而曾完成三劑疫苗注射，但二個月後未產生抗體者，							

			則亦需附追加一劑之證明。	
	C 肝抗體		V	
	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：				

#### 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>實習當天 08:00</u> 報到地點： <u>復健科櫃檯</u> 負責老師： <u>陳昱廷組長</u>
攜帶文件	<input type="checkbox"/> 體檢報告影本 <input type="checkbox"/> 意外保險證影本 <input checked="" type="checkbox"/> 其他：分證正反面影本乙份，實習生資料電子檔（請提供電子檔案，檔案請至本院教學部網站→實習申請須知→見實習生檔案格式下載）張
其他	