

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	徐銘君	填表日期	112年10月13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	台中榮民總醫院							
立合約書人	台中榮民總醫院							
發文單位通訊地址	台中市西屯區台灣大道4段1650號							
網站連結	WWW.VGHTC.GOV.TW							
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：106年06月~112年06月 <input type="checkbox"/> 非教學醫院							
	<input checked="" 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 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	程遠揚	病床數	12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 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	陳彥文	職稱	復健技術主任	聯絡電話	0912105099	電子信箱	suyenwen@yahoo.com.tw	
臨床實習負責人姓名	徐銘君	職稱	物理治療師	聯絡電話	0921322011	電子信箱	Leonaraywin@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	24人	兼任	0人		
	工作資歷超過(含)4年		專任	16人	兼任	人		
	工作資歷2年(含)至4年		專任	6人	兼任	人		
	工作資歷為不滿2年		專任	2人	兼任	人		
	具有臨床教師人數(經醫策會認可機構認證)					16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								1:1.625

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 checked="" type="checkbox"/> D 制(36 週)
實習目標	1. 能獨力執行專業評估技巧 2. 能獨力執行專業治療技巧 3. 人際關係及與溝通技巧 4. 專業態度與特質 5. 能表現出持續發展專業、合於倫理之行醫、尊重病患之多樣差異性及負責之態度與特質。 6. 能了解病人安全、感染控制及相關公共衛生議題能遵循實習單位之臨床策略和程序 7. 病歷書寫之完整。 8. 參與學術活動:利用實証醫學方法，作為照護病人之參考依據，並能講演報告。 9. 參與跨團隊合作照護。				
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	480 小時 10 人/半天	480 小時 10 人/半天	480 小時 10 人/半天	480 小時 10 人/半天
	神經系統物理治療	480 小時 5 人/半天	480 小時 5 人/半天	480 小時 5 人/半天	480 小時 5 人/半天
	呼吸循環系統物理治療 (含床邊物理治療)	240 小時 5 人/半天	240 小時 5 人/半天	240 小時 5 人/半天	240 小時 5 人/半天
	小兒物理治療	240 小時 6 人/半天	240 小時 6 人/半天	240 小時 6 人/半天	240 小時 6 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:				
臨床實習時間	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 會包括部分時間於週末或假日實習，請說明： 周六上午需輪值，于與補假。				
教學研討活動	<input checked="" type="checkbox"/> Journal Meeting	<input checked="" type="checkbox"/> Journal Meeting	<input checked="" type="checkbox"/> Journal Meeting	<input checked="" type="checkbox"/> Journal Meeting	
	<input checked="" type="checkbox"/> Joint Evaluation for Child Development		<input checked="" type="checkbox"/> Joint Evaluation for Child Development		
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 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)	
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				

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	至少 2	至少 2	至少 2	480	480	240	240	
C 制(18 週)	C1								
	C2								
B 制(12 週)	B1								
	B2								
	B3								
	B4				480	480			
組合 B 制 例: B1+B2									
A 制(6 週)	A1								
	A2								
	A3								
	A4								
	A5								
	A6								
	A7						240	240	
	A8						240	240	
組合 A 制 例: A1+A2	A7+A8								

第三部分：實習合約簽約備忘錄

簽約聯絡人	科室	<input checked="" type="checkbox"/> 教研組 <input type="checkbox"/> 人力資源室 <input type="checkbox"/> 復健科 <input type="checkbox"/> 其他_____							
	姓名	蕭伊辰	電話	分機 4366	電子信箱	yi-chen@vghtc.gov.tw			
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 type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每學期 每人_____元							
體檢內容 (煩請依貴 單位規定自 行增減項 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			V					
	B 肝疫苗施打記錄			V					
	C 肝抗體			X					
	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：實習需施打新冠疫苗三劑									

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>111/07/17</u> 報到地點： <u>台中榮總復健科會議室</u> 負責老師： <u>徐銘君</u>
攜帶文件	<input type="checkbox"/> 體檢報告影本 <input type="checkbox"/> 意外保險證影本 其他： <u>資料需提前寄予教學部</u>
其他	