

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	黃怡郡	填表日期	112 年 12 月 21 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	亞洲大學附屬醫院							
立 合 約 書 人	教學部 李姿櫻							
發 文 單 位 通 訊 地 址	413 台中市霧峰區福新路 222 號							
網 站 連 結	https://www.auh.org.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： 107 年 01 月 ~ 112 年 12 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	400 床							
復健科組織架構								
復健科主任姓名	周立偉	病床數	25 床	平均佔床率	90%	平均每月門診人次	6000 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 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 checked="" type="checkbox"/> 否							
主管姓名	莊佳宥	職稱	物理治療負責人	聯絡電話	04-37061668#1350	電子信箱	052442@tool.caumed.org.tw	
臨床實習負責人姓名	黃怡郡	職稱	物理治療師	聯絡電話	04-37061668#1371	電子信箱	051443@tool.caumed.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	13 人	兼任	人		
	工作資歷超過(含)4 年		專任	5 人	兼任	人		
	工作資歷 2 年(含)至 4 年		專任	1 人	兼任	人		
	工作資歷為不滿 2 年		專任	7 人	兼任	人		
	具有臨床教師人數(經醫策會認可機構認證)					1 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	0 人	兼任	人		
實習師生比								1:2

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 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	臨床實務結合之教育理念，致力於老人醫療照護、運動醫學、兒童復健、癌症復健				
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	240 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	240 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	120 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	120 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 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				

下學年度(112 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	120	120	
	C2		2		240	240	120	120	
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								
	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 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	李姿櫻	姓名	李姿櫻	姓名
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)			實習合約書版本
	實習費用	<input checked="" 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			✓	
	胸腔 X 光			✓	
	B 肝抗原			✓	
	B 肝抗體			✓	
	B 肝核心抗體			✓	
	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 checked="" type="checkbox"/> 需參加實習說明會 日期時間： <u>實習第一天 08:30</u> 報到地點： <u>3樓物理治療室</u> 負責老師： <u>黃怡郡治療師</u>
	<input type="checkbox"/> 無實習說明會
實習報到	日期時間： <u>實習第一天 08:00</u> 報到地點： <u>6樓教研部</u> 負責老師： <u>黃怡郡治療師</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 <input checked="" type="checkbox"/> 其他： <u>本院實(見)習學生基本資料表(教研部附件)</u>
其他	