

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	林家德	填表日期	112年12月22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	國立台灣大學醫學院附設醫院						
立合約書人	國立台灣大學醫學院附設醫院院長						
發文單位通訊地址	10002 台北市中山南路7號						
網站連結	http://www.ntuh.gov.tw/default_SP.aspx						
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： 113 年 1 月 ~ 116 年 12 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	2600 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 checked="" type="checkbox"/> 是 訓練機構名稱： 物理治療中心 <input type="checkbox"/> 否						
主管姓名	王淑芬	職稱	教授兼主任	聯絡電話	0972652296	電子信箱	shwufenwang@gmail.com
臨床實習負責人姓名	林家德	職稱	教學組長	聯絡電話	0911701835	電子信箱	Chiatelin@ntuh.gov.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	12人	兼任	8人	
	工作資歷超過(含)4年		專任	11人	兼任	8人	
	工作資歷2年(含)至4年		專任	1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)					19人	
物理治療生總人數			專任	0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	0人	兼任	0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 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	1. 了解各科部直接轉介照會物理治療之模式。 2. 獨立執行完成基本實習項目之物理治療介入。 3. 能與各醫療團隊良好互動、並定期討論病情。				
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 4-5 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天
	肌肉骨骼系統物理治療	240 小時 4-5 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)	240 小時 4-5 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天
	小兒物理治療與神經系統物理治療	小兒 120 小時 神經 120 小時 4-5 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 type="checkbox"/> Journal Meeting	<input checked="" type="checkbox"/> Case Conference	<input checked="" type="checkbox"/> Book Reading	<input 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 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 checked="" type="checkbox"/> 有，預計於何時進行？ <u>20240217</u> 其他：請說明相關規定：_____				
B.收件截止日期： <u>1</u> 月 <u>19</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_____月_____日前通知					

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	面試結果取 1 名							
	A2	面試結果取 2 名							
	A3	面試結果取 1 名							
	A4	面試結果取 2 名							
	A5	面試結果取 1 名							
	A6	面試結果取 2 名							
	A7	面試結果取 1 名							
	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 教學部 _____			
	姓名	吳思穎 管理師	電話	(02) 2312-3456 #67517	電子信箱
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 _____ 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			實習前三個月內	
	胸腔 X 光			實習前三個月內	
	B 肝抗原			實習前三個月內	
	B 肝抗體			實習前三個月內	
	B 肝核心抗體			實習前三個月內	
	B 肝疫苗施打記錄			實習前三個月內	
	C 肝抗體			實習前三個月內	
	麻疹抗體			實習前三個月內	
	德國麻疹抗體			實習前三個月內	
	水痘抗體			實習前三個月內	
其他項目					

