

中區四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	蘇聖文	填表日期	112 年 12 月 12 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 <input type="checkbox"/> 亞洲大學		
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/統一編號	臺北醫學大學附設醫院						
立合約書人	施俊明院長						
發文單位通訊地址	11031 台北市信義區吳興街 252 號						
網站連結	https://www.tmu.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： <u>108 年 1 月 ~114 年 12 月</u> <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						
	<u>700</u> 床 (PAC 病床 _____ 床)						
復健科組織架構							
復健科主任姓名	侯文萱	病床數	15 床	平均佔床率	90%	平均每月門診人次	3000 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 <u>心理治療師、音樂輔療員、藝術輔療員</u>						
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： _____ <input type="checkbox"/> 否						
主管姓名	蘇聖文	職稱	組長	聯絡電話	0970405342	電子信箱	154001@h.tmu.edu.tw
臨床實習負責人姓名	黃思嘉	職稱	教學負責人	聯絡電話	02-27372181#1241#18	電子信箱	skye172@hotmail.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	17 人	兼任	0 人
	工作資歷 2 年(含)至 4 年			專任	2 人	兼任	0 人
	工作資歷為不滿 2 年			專任	5 人	兼任	0 人
	具有臨床教師人數 (經醫策會認可機構認證)						17 人
物理治療生總人數				專任	2 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	1:1						

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 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	1.培養物理治療個案評估與計劃能力 2.培養物理治療之行政管理能力 3.培養溝通的能力，並與其他醫護人員充分合作，發揮團隊精神 4.培養物理治療的專業精神 5.熟悉各項物理治療技術				
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	360小時 4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	180小時 4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	180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	180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： 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 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 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 type="checkbox"/> 是 <input checked="" 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_____				
	口試/面試： <input checked="" 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：113年__2__月__15__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					
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 checked="" type="checkbox"/> 可以申請宿舍(金額：_____元/月)，請提供申請辦法或表格			

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	沈怡君	姓名	沈怡君	姓名	沈怡君
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 type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每月 <input checked="" type="checkbox"/> 每學期 每人 <u>4000</u> 元				
體檢內容	* 基本	身高: _____ 公分	體重: _____ 公斤	腰圍: _____ 公分	血壓: _____ mmHg	
		視力 (矯正) 左: _____ 右: _____	辨色力: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	聽力: <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
	* 理學	頭頸部 (結膜、淋巴腺、甲狀腺)		消化系統 (黃疸、肝臟、腹部)		
		呼吸系統		神經系統 (感覺、睡眠)		
		心臟血管系統 (心律、心雜音)		肌肉骨骼 (四肢)、皮膚		
	X 光	* 胸部 X 光	檢查日期: _____	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 異常:		
	血液	* 血色素		* 白血球數		* 飯前血糖
		* ALT		* 肌酸酐		* 膽固醇
		* 三酸甘油脂		* 高密度脂蛋白		尿酸
	尿液	* 尿蛋白		* 尿潛血		
尿糖						
感染管制項目 (未曾感染或不確定免疫狀態者須篩檢)		HBsAg: _____; Anti-HBs: _____; 【 <input type="checkbox"/> 醫療】Anti-HCV: _____	水痘抗體: _____; 麻疹抗體: _____; 德國麻疹抗體: _____			
<p>注意事項：</p> <p>1、若非於北醫附醫體檢者，需於區域醫院等級以上醫院完成上述項目體檢。</p> <p>2、再至北醫附醫家醫科完成覆核(需以北醫附醫體格檢查證明書填寫檢查結果)之正本繳至教學部</p>						

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>實習第一日上午 8:00</u> 報到地點: <u>復健醫學部電療室</u> 負責老師: <u>黃思嘉治療師</u>
攜帶文件	<input checked="" type="checkbox"/> 體檢報告正本或影本加蓋醫院關防章 <input checked="" type="checkbox"/> 意外保險證影本 其他: <u>1 吋照片一張, 2 吋照片 2 張</u>
其他	