

## 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	薛孟怡	填表日期	113年 1月 2日
此份資料提供學校	<input checked="" 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	國立成功大學醫學院附設醫院 物理治療中心						
立 合 約 書 人	李經維 院長						
發 文 單 位 通 訊 地 址	704 臺南市勝利路 138 號						
網 站 連 結	https://web.hosp.ncku.edu.tw/nckm/index.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： 107 年 1 月 ~ 113 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	_____ 床						
復健科組織架構							
復健科主任姓名		病床數	0 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 type="checkbox"/> 是 訓練機構名稱： _____ <input type="checkbox"/> 否						
主管姓名	楊政峯	職稱	物理治療中心主任	聯絡電話	06-2353535 分機 5927	電子信箱	jfyang@mail.ncku.edu.tw
臨床實習負責人姓名	薛孟怡	職稱	物理治療師	聯絡電話	06-2353535 分機 3015	電子信箱	nckuptc@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	6 人	兼任	8 人	
	工作資歷超過(含)4 年		專任	5 人	兼任	8 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	0 人	兼任	人	
	具有臨床教師人數 (經醫策會認可機構認證)					4 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		4:3					

## 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					
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	4 小時 4 人/半天	小時 人/半天	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	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	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	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 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 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： <u>2</u> 月 <u>15</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					
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： <u>      </u> 元/月) 請提供申請辦法或表格：_____			



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	陳均維	電話	06-2353535 分機 4625	電子信箱	n112429@mail.hosp.ncku.edu.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					
	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：其他相關規定請上 <a href="https://educ.hosp.ncku.edu.tw/wfm/wfmq01.aspx">https://educ.hosp.ncku.edu.tw/wfm/wfmq01.aspx</a> 查詢						

#### 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>依錄取站別開始日</u> 報到地點： <u>成大醫院門診大樓 B1 物理治療中心</u> 負責老師： <u>薛孟怡 治療師</u>
攜帶文件	<input checked="" type="checkbox"/> 體檢報告 <b>正本</b> <input type="checkbox"/> 意外保險證影本    其他：_____
其他	