

柳營奇美醫院物理治療師實習單位簡介(113 學年度)

第一部分：單位基本資料

醫院/機構/物理治療所名稱		奇美醫療財團法人柳營奇美醫院					
簽約正式發文單位名稱		奇美醫療財團法人柳營奇美醫院					
網 站 連 結							
發 文 單 位 通 訊 地 址		台南市柳營區太康里太康 201 號					
醫療院所整體規模							
醫院層級	<input checked="" type="checkbox"/> 教學醫院 通過評鑑有效日期： <u>113 年 1 月 ~ 117 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>580</u> 床						
復健科組織架構							
復健科主任姓名	洪榮斌	病床數	0 床	平均佔床率	0%	平均每月門診人次	3500 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>臨床心理治療師</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： <u>醫策會</u> <input type="checkbox"/> 否						
主管姓名	張瑞東	職稱	總技師	聯絡電話	06-6226999-71061	電子信箱	clh510001@mail.chimei.org.tw
臨床實習負責人姓名	李建和	職稱	組長	聯絡電話	06-6226999-77148	電子信箱	t900780@mail.chimei.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	25 人	兼任	0 人
	工作資歷超過(含)4 年			專任	21 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	2 人	兼任	人
	具有臨床教師人數 (經醫策會認可機構認證)						21 人
物理治療生總人數				專任	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	1 人	兼任	人
實習師生比	1:3						

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 checked="" 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. 訓練學生能獨立評估及治療病人之能力 2. 培養溝通與團隊照護精神				
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 人/半天	小時 人/半天	360 小時 4-5 人/半天	小時 人/半天
	神經系統物理治療	240 小時 4 人/半天	小時 人/半天	360 小時 4-5 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	240 小時 3-4 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天
	小兒物理治療	小時 人/半天	240 小時 3-4 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 checked="" type="checkbox"/> 會包括部分時間於夜間實習，請說明： 某些課程活動會安排於下班後 17:00-18:00				
	<input checked="" type="checkbox"/> 會包括部分時間於週末或假日實習，請說明： 若有請假(病假)會於周六上午補班				
教學研討活動	<input checked="" type="checkbox"/> Journal Meeting	<input checked="" type="checkbox"/> Case Conference	<input type="checkbox"/> Book Reading	<input checked="" type="checkbox"/> Seminar(Topics)	
	<input type="checkbox"/> Joint Evaluation for Child Development		<input checked="" type="checkbox"/> Others：跨領域照護會議		
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 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： <u>採書面資料審查</u>				
B.收件截止日期： <u>113 年 2 月 29 日</u> (以郵戳為憑)					
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： <u> </u>			

113 學年度可提供實習名額(以下為本院可提供實習總員額)

實習制度別		名額	實習時數			
			骨科	神經	小兒	心臟復健+心肺(ICU)
D 制 (36 週)	D1					
	D2					
C 制 (18 週)	C1	6	360	360		
	C2	6	360	360		
B 制 (12 週)	B1	2			240	240
	B2	2			240	240
	B3	2			240	240
	B4					
組合 B 制 例: B1+B2						
A 制(6 週)	A1					
	A2					
	A3	1(N)+1(O)	240	240		
	A4	1(N)+1(O)	240	240		
	A5	1(N)+1(O)	240	240		
	A6	1(N)+1(O)	240	240		
	A7	1(N)+1(O)	240	240		
	A8	1	240			
組合 A 制 例: A1+A2						

第二部分：實習合約簽約備忘錄

實習簽約	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:教學中心				
	姓名	張宸松	電話	06-6226999-77854	電子信箱	Clh7200@mail.chime i.org.tw
	公文寄送地址	台南市柳營區太康里太康 201 號				
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	
	醫院正式名稱	奇美醫療財團法人柳營奇美醫院				
	立合約書人	黃順賢院長				
	實習費用	<input checked="" type="checkbox"/> 每學期每人 C 制 4000 元(B 制 2600 元 A 制 1300 元)				
實習簽約 公文附件	檢附意外保險投保資料	<input checked="" type="checkbox"/> 是:報到時繳交影本 <input type="checkbox"/> 否				
	檢附體檢資料	<input checked="" type="checkbox"/> 是(地區醫院議上) <input type="checkbox"/> 否(<input type="checkbox"/> 報到時繳交體檢資料 <input type="checkbox"/> 不需體檢)				

體檢內容	請 ✓ 選				
	項目	實習前 一年內	實習前 六個月內	實習前 三個月內	其他 時間點
	一般理學檢查		v		
	胸腔 X 光		v		
	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：胸腔 X 光為實習報到日 6 個月內之檢查報告；麻疹及德國麻疹檢查結果均須有抗體(5 年內)；其中有一項未具抗體者須經醫師評估實施 MMR 疫苗施打並繳交施打證明(15 年內)					

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>實習開始當日 0800</u> 報到地點： <u>本院人資部</u> 負責老師： <u>李建和組長</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 其他： <u>1 吋照片 2 張；欲騎機車者需攜帶駕照辦理停車證；體檢報告書須於報到日前 2 周郵寄至本院安全衛生室</u>
其他	自行攜帶治療服