

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	姚鳳音	填表日期	年 月 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	永誠復健科診所						
立 合 約 書 人							
發 文 單 位 通 訊 地 址	台北市大安區復興南路二段 236 號 2 樓						
網 站 連 結	http://www.hnl.com.tw/yc						
醫療院所整體規模與其他綜合資料							
醫院層級	<input type="checkbox"/> 教學醫院 通過評鑑有效日期：_____年 月 ~ _____年 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 type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input checked="" 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(督導)姓名	劉毓修	病床數	床	平均佔床率	%	平均每月門診人次	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	姚鳳音	職稱	專業暨行政副督導	聯絡電話	0963046468	電子信箱	emaiyao@gmail.com
臨床實習負責人姓名	許穎昌	職稱	物理治療組長	聯絡電話	0980596564	電子信箱	sebastian.hsu28@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	18 人	兼任	人
	工作資歷超過(含)4 年			專任	12 人	兼任	人
	工作資歷 2 年(含)至 4 年			專任	3 人	兼任	人
	工作資歷為不滿 2 年			專任	3 人	兼任	人
	具有臨床教師人數(經醫策會認可機構認證)						
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	13 人	兼任	人
實習師生比							

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 checked="" type="checkbox"/> B 制(12 週)	<input type="checkbox"/> C 制(18 週)	<input type="checkbox"/> D 制(36 週)
實習目標	提供臨床實習環境，將所學專業知識能整合並實際運用 甲、學習了解與釐清個案主要問題 乙、學習運用適當的評估方法與執行內容 丙、學習設定適當的治療目標與治療計畫 丁、學習正確紀錄個案病歷並及時完成。 戊、學習臨床溝通技巧與方式，可以與個案保持順暢醫病溝通和專業間溝通合作。 己、學習注重病人安全與隱私				
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	240 小時 2-3 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	240 小時 2-3 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	240 小時 2-3 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:				
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 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 checked="" 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				
	<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								
	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 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	姚鳳音	電話	0963046468	電子信箱	emaiyao@gmail.com		
實習合約書	實習合約書版本	<input type="checkbox"/> 依醫院 (請提供電子檔)			<input checked="" 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	V						
	胸腔 X 光	V						
	B 肝抗原	V						
	B 肝抗體	V						
	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 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>實習時段第一天</u> 報到地點： <u>永誠復健科診所</u> 負責老師： <u>許穎昌</u>
攜帶文件	<input checked="" type="checkbox"/> 體檢報告影本 <input type="checkbox"/> 意外保險證影本 其他：_____
其他	