

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	朱惠卿	填表日期	112 年 11 月 20 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 type="checkbox"/> 是； <input checked="" 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	醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院						
立合約書人	醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院						
發文單位通訊地址	https://www.pohai.org.tw/						
網站連結	265 宜蘭縣羅東鎮南昌街 83 號						
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：_____ 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 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 _____ 床						
復健科組織架構							
復健科主任姓名	技術科主任： 楊逸群	病床數	45 床	平均估床率	90%	平均每月門診人次	
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 checked="" type="checkbox"/> 是 訓練機構名稱：醫策會 _____ <input type="checkbox"/> 否						
主管姓名	朱惠卿	職稱	物理治療組長	聯絡電話	03-9543131#3309	電子信箱	907019@mail.pohai.org.tw
臨床實習負責人姓名	陳建勳	職稱	實習教學組長	聯絡電話	03-9543131#3303	電子信箱	861026@mail.pohai.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	27 人	兼任	人
	工作資歷超過(含)4 年			專任	21 人	兼任	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	4 人	兼任	人
	具有臨床教師人數(經醫策會認可機構認證)						人
物理治療生總人數				專任	1 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	人	兼任	人
實習師生比	1:1-2						

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 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					
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	240 小時 4-6 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	240 小時 4-6 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	120 小時 4-6 人/半天	小時 人/半天
	小兒物理治療	小時 人/半天	小時 人/半天	120 小時 4-6 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 type="checkbox"/> Book Reading	<input checked="" 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 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 type="checkbox"/> 歷年成績單 <input type="checkbox"/> 名次表 <input 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 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 checked="" type="checkbox"/> 學校選填 錄取名單需於__5__月__30__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	1	1	1	240	240	120	120	
	C2	1	1	1	240	240	120	120	
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 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	林書羽	電話	03-9543131#5436	電子信箱	997016@mail.pohai.org.tw
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 checked="" type="checkbox"/> 每學期 每人 4000 _____ 元				
體檢內容	請 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	V				
	B 肝疫苗施打記錄	V				
	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>實習當天 8:00</u> 報到地點： <u>門診大樓 3樓復健技術科</u> 負責老師： <u>朱惠卿</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 <input type="checkbox"/> 其他：COVID-19 疫苗接種紀錄卡
其他	實習手冊、實習相關注意事項於實習前一週電郵予實習同學。