

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	張麗雪	填表日期	2023 年 12 月 25 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	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院						
立 合 約 書 人	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院 姚維仁 院長						
發 文 單 位 通 訊 地 址	600 嘉義市忠孝路 539 號						
網 站 連 結	http://www.cych.org.tw/cychweb/cych3/default.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： <u>106 年 01 月 ~ 109 年 12 月</u> 112.10 月已接受教學醫院評鑑 <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>1062</u> 床						
復健科組織架構							
復健科主任姓名	林宜慧	病床數	0 床	平均估床率	%	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	林嘉雄	職稱	復健技術主任	聯絡電話	05-2765041*3058	電子信箱	02853@cych.org.tw
臨床實習負責人姓名	張麗雪	職稱	物理治療小組長	聯絡電話	05-2765041*3068	電子信箱	03429@cych.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	24 人	兼任	0 人
	工作資歷超過(含)4 年			專任	24 人	兼任	0 人
	工作資歷 2 年(含)至 4 年			專任	0 人	兼任	0 人
	工作資歷為不滿 2 年			專任	0 人	兼任	0 人
	具有臨床教師人數(經醫策會認可機構認證)						22 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	2:1						

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. 具備神經系統、肌肉骨骼系統、小兒、呼吸循環及床邊疾患病人之獨立評估、治療與溝通衛教能力。 2. 能使用評估工具。 3. 熟悉物理治療儀器使用及注意事項。 4. 能撰寫物理治療病歷紀錄。				
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	180 小時 10 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 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	小時 人/半天	180 小時 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	180 小時 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 checked="" type="checkbox"/> Journal Meeting	<input checked="" type="checkbox"/> Case Conference	<input checked="" type="checkbox"/> Book Reading	<input checked="" type="checkbox"/> Seminar(Topics)	
	<input checked="" type="checkbox"/> Joint Evaluation for Child Development		<input checked="" type="checkbox"/> Others： 誇領域會議		
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 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"/> 其他自我介紹影片 2 分鐘含括「如何面對環境改變」及「面對壓力如何調適處理」 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： 2 月 21 日					
C. 是否同意提供候補， <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					

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	亞大	骨科	神經	小兒	心肺	其他：_____
D 制(36 週)	D									
C 制(18 週)	C1	0-3	0-3	0-3	0-3	180	180	180	180	
	C2	0-3	0-3	0-3	0-3	180	180	180	180	
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 checked="" type="checkbox"/> 復健科 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	姓名	張麗雪	電話	05-2765041 #3068	電子信箱 03429@cych.org.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 checked="" 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：需檢附最近一年內於地區級醫院(含)以上等級實行之 <u>體檢報告</u>					

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：依學會排程_____ 報到地點：復健科 1F 候診區 負責老師：張麗雪_____
攜帶文件	<input type="checkbox"/> 體檢報告影本 <input type="checkbox"/> 意外保險證影本 其他：_____
其他	需於報到前，於本院實習申請系統，填寫個人資料及上傳體檢報告、保險等相關資料