

## 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	楊文輝	填表日期	112年12月14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	天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院						
立合約書人	鄒繼群院長						
發文單位通訊地址	新北市新店區中正路362號						
網站連結	http://www.cth.org.tw						
<b>醫療院所整體規模與其他綜合資料</b>							
醫院層級	<input checked="" type="checkbox"/> 教學醫院 通過評鑑有效日期：106年7月~113年6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						
891 床							
<b>復健科組織架構</b>							
復健科主任姓名	黎瑞昌	病床數	5 床	平均佔床率	95%	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_____						
<b>物理治療部門/所</b>							
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	顏義峰	職稱	組長	聯絡電話	02-22193391 #65353	電子信箱	
臨床實習負責人姓名	楊文輝	職稱	物理治療師	聯絡電話	02-22193391 #65353	電子信箱	
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	11 人	兼任	人
	工作資歷超過(含)4年			專任	11 人	兼任	人
	工作資歷2年(含)至4年			專任	人	兼任	人
	工作資歷為不滿2年			專任	人	兼任	人
	具有臨床教師人數(經醫策會認可機構認證)						11 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				1:2			

**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 checked="" 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	將學生培養為能獨立運作與思考的物理治療師				
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	240 小時 4 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	240 小時 4 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	240 小時 4 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 type="checkbox"/> Book Reading	<input checked="" type="checkbox"/> Seminar(Topics)	
	<input type="checkbox"/> Joint Evaluation for Child Development		<input checked="" type="checkbox"/> Others : <u>OSCE</u>		
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>27</u> 日					
C.是否同意提供候補， <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" 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 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：			

本學年度(112 學年度)在貴單位實習學生來源及人數

實習制度別		臺大	陽明	長庚	中山	中國	成大	高醫	義守	慈濟	輔英	弘光	樹人	仁德	慈惠
D制(36週)	D														
C制(18週)	C1		4			3	2	1	2	1	2				
	C2		2	1		4	1		2	1	3				1
B制(12週)	B1														
	B2														
	B3														
	B4		4												
A制(6週)	A1														
	A2														
	A3														
	A4														
	A5														
	A6														
	A7														
	A8														

下學年度(113 學年度)可提供實習名額 (名額由全國合作學校學生共同競爭，詳情請見醫院介紹)

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		✓		240	240		240	
	C2		✓		240	240		240	
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	A4+A5		✓		240	240			

### 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	顏明珠	電話	02-22193391#66011	電子信箱
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 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 <u>1000</u> 元			
體檢內容	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：					

### 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：_____	
	<input checked="" type="checkbox"/> 無實習說明會	
實習報到	日期時間： <u>實習第一日</u> 報到地點： <u>08:00 C 棟 1 樓復健科; 08:30 A 棟 10 樓教研部</u> 負責老師： <u>復健科:楊文輝; 教研部:顏明珠</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>兩證明影本請於實習前郵寄教學組</u>	
其他		