

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		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 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	臻理物理治療所						
立 合 約 書 人	蔡永裕						
發 文 單 位 通 訊 地 址	台中市西屯區東興路三段 313 號						
網 站 連 結	https://www.facebook.com/bomtptclinic/						
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 checked="" 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 type="checkbox"/> 基層診所						
	<input checked="" type="checkbox"/> 物理治療所(類別 _____ 自費治療所 _____) <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		病床數	床	平均估床率	%	平均每月門診人次	人次
專業人員	<input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input 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	蔡永裕	職稱	主任物理治療師	聯絡電話	0928-185652	電子信箱	yyt0717@ms9.hinet.net
臨床實習負責人姓名	蔡永裕	職稱	主任物理治療師	聯絡電話	0928-185652	電子信箱	yyt0717@ms9.hinet.net
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	3 人	兼任	3 人	
	工作資歷超過(含)4 年		專任	1 人	兼任	3 人	
	工作資歷 2 年(含)至 4 年		專任	1 人	兼任	0 人	
	工作資歷為不滿 2 年		專任	1 人	兼任	0 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	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							

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) 選 A 制的話，至少要選兩個 AA，可以跳開選	<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	<ul style="list-style-type: none"> ● 藉由臨床實習使學生能將專業知識與臨床治療作一整合與運用。 ● 能熟悉各項物理治療技術，獨立執行物理治療評估，並擬定有關的後續治療計畫。 ● 能整合評估結果，確認短程及長程治療目標，設定適當的治療計畫。 				
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 人/半天	480 小時 人/半天	720 小時 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	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	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 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 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 _____ 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： 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					1									
	C2					1									
B制(12週)	B1		1									1			
	B2		2												
	B3			2		1									
	B4			4											
A制(6週)	A1	1													
	A2						1								
	A3									1					
	A4		1				1								
	A5														
	A6														
	A7														
	A8												1		

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						
	C2		1						
B 制(12 週)	B1		1						
	B2		1						
	B3		1						
	B4		1						
組合 B 制 例: B1+B2			1						
A 制(6 週)	A1		1						
	A2		1						
	A3		1						
	A4		1						
	A5		1						
	A6		1						
	A7		1						
	A8		1						
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	電話	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 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				
	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：_____ 負責老師：_____
實習報到	<input checked="" type="checkbox"/> 無實習說明會 日期時間：_____ 報到地點：_____ 負責老師：_____
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	