

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 復健部物理治療

實習調查表 (110 學年度)

填表人	周智亮	填表日期	109 年 11 月 11 日
-----	-----	------	-----------------

第一部分：單位基本資料

醫院/機構/物理治療所名稱		財團法人高雄醫學大學附設中和紀念醫院					
簽約正式發文單位名稱		財團法人高雄醫學大學附設中和紀念醫院					
網站連結		http://www.kmuh.org.tw/www/dcet/index.htm					
發文單位通訊地址		高雄市三民區自由一路 100 號					
醫療院所整體規模							
醫院層級	<input checked="" type="checkbox"/> 教學醫院 通過評鑑有效日期：106 年 6 月 ~ 110 年 6 月 <input type="checkbox"/> 非教學醫院						
	<input checked="" 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 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	1400 床						
復健科組織架構							
復健科主任姓名	陳嘉圻	病床數	40 床	平均佔床率	70%	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 checked="" type="checkbox"/> 其他，請說明 心理師、發展聯合評估、身心障礙整合醫療服務中心、輔具評估						
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：高醫附院復健部物理治療組 <input type="checkbox"/> 否						
主管姓名	黃紫琇	職稱	組長	聯絡電話	0978682242	電子信箱	tzu-hsiu.grace@yahoo.com.tw
臨床實習負責人姓名	周智亮	職稱	教學長	聯絡電話	0978862907	電子信箱	clchou0217@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	17 人	兼任	3 人
	工作資歷超過(含)4 年			專任	17 人	兼任	3 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)					19 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	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		培養出具有專業、獨立思考、優良品德的物理治療實習生，將以臨床的完備訓練並加上學校的養成訓練，使理論與實際操作相輔相成，期望學生擁有物理治療的基礎專業能力、行政管理能力、及獨立面對患者的能力以符合物理治療專業之精神			
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 13 人/半天	小時 人/半天	180 小時 13 人/半天	小時 人/半天
	神經系統物理治療	240 小時 3 人/半天	小時 人/半天	180 小時 3 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)	240 小時 3~5 人/半天	小時 人/半天	180 小時 3~5 人/半天	小時 人/半天
	小兒物理治療	240 小時 3 人/半天	小時 人/半天	180 小時 3 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 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 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_____				
	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：請在申請表中提出要申請 C1 或 C2 或 A 制，操行成績須高於 80 分				
	B. 收件截止日期：_2_月_26_日				
	C. 是否同意提供候補， <input checked="" 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				

膳宿 提供情形	膳食	<input type="checkbox"/> 供膳 <input checked="" type="checkbox"/> 自理(<input checked="" 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：於公文附註說明

本學年度(109 學年度)在高醫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)	D1														
	D2														
C 制(18 週)	C1				1	2		6			3	2	2		2
	C2				1	1		7		2	1	4			2
B 制(12 週)	B1														
	B2														
	B3														
	B4														
A 制(6 週)	A1							1							
	A2														
	A3							1							
	A4							1							
	A5														
	A6														
	A7														
	A8														

下學年度(110 學年度)可提供實習名額

實習制度別		名額	時數				
			骨科	神經	小兒	心肺	其他：____
C 制 (18 週)	C1	2~3	180	180	180	180	
	C2	2~3	180	180	180	180	
A 制(6 週)	A1	1	240	240	240	240	
	A2						
	A3						
	A4	1	240	240	240	240	
	A5						
	A6						
	A7	2	240	240	240	240	
	A8	2	240	240	240	240	

第三部分：實習合約簽約備忘錄

實習簽約	科室	<input type="checkbox"/> 教研組 <input type="checkbox"/> 人力資源室 <input type="checkbox"/> 復健科 <input checked="" type="checkbox"/> 其他 臨床教育訓練部				
	姓名	林佳怡	電話	08-3121101 轉 5378	電子信箱	1010592@kmuh.org.tw
	公文寄送地址	807 高雄市三民區自由一路 100 號				
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				
	醫院正式名稱	高雄醫學大學附設中和紀念醫院				
	立合約書人	鍾飲文				
	實習費用	<input type="checkbox"/> 每週 <input checked="" type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每學期 每人 1500 元				
實習簽約 公文附件	檢附意外保險投保資料	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
	檢附體檢資料	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (<input checked="" type="checkbox"/> 報到時繳交體檢資料 <input type="checkbox"/> 不需體檢)				
體檢內容	請 選					
	項目	實習前 一年內	實習前 六個月內	實習前 三個月內	其他 時間點	
	一般理學檢查					
	胸腔 X 光			✓		
	B 肝抗原				3 年內	
	B 肝抗體				3 年內	
	B 肝核心抗體					
	B 肝疫苗施打記錄				建議檢附	
	C 肝抗體					
	麻疹抗體				5 年內	
	德國麻疹抗體				5 年內	
	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 checked="" type="checkbox"/> 需參加實習說明會 日期時間： 實習第一天 報到地點： 臨床教育訓練部 負責老師： 周智亮教學長	
	<input type="checkbox"/> 無實習說明會	
實習報到	日期時間： 實習第一天 報到地點： S 棟 5 樓臨床教育訓練部 負責老師： 林佳怡	
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： _____	
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。	