

中區三校物理治療學系校外實習機構聯合訪視調查表(110 學年度)

填表人	陳韻秋	填表日期	109 年 11 月 17 日
此份資料提供學校	<input checked="" type="checkbox"/> 中山醫學大學 <input 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 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	人一物理治療所						
立 合 約 書 人	吳定中						
發 文 單 位 通 訊 地 址	台中市西屯區台灣大道四段 771 號 12F						
網 站 連 結	https://www.ringy.com.tw/wp/						
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 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_____) <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	平均佔床率	%	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 type="checkbox"/> 否						
主管姓名	吳定中	職稱	院長	聯絡電話	04-23593695	電子信箱	
臨床實習負責人姓名	張嘉旆	職稱	副院長	聯絡電話	0423593695	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	人	兼任	人	
	工作資歷超過(含)4 年		專任	7 人	兼任	人	
	工作資歷 2 年(含)至 4 年		專任	2 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）					5 人	
物理治療生總人數			專任	0 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		5:1					

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 checked="" type="checkbox"/> A 制(6 週)	<input type="checkbox"/> B 制(12 週)	<input 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	240 小時 人/半天	小時 人/半天	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"/> 全部在週二至週六白天				
	<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 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 checked="" type="checkbox"/> 推薦信 <u>1</u> 封 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	口試/面試： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有，預計於何時進行？ <u>110.0228</u>				
	其他：請說明相關規定：_____				
膳宿提供情形	B.收件截止日期： <u>02</u> 月 <u>15</u> 日				
	C.是否同意提供候補， <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
膳宿提供情形	膳食	<input checked="" type="checkbox"/> 供膳 <input type="checkbox"/> 自理(<input type="checkbox"/> 員工餐廳優惠)			
	住宿	<input 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：_____			

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 checked="" type="checkbox"/> 其他 _____			
	姓名	陳韻秋	電話	04-23593695	電子信箱 fingersurgery@gmail.com
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 _____ 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		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				
	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： 依梯次時間 _____ 報到地點： _____ 人一物理治療所 負責老師： 張嘉旆 _____	
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：_____	
其他		