

## 奇美永康總院物理治療實習生實習單位調查表

填表日期： 110 年 1 月 6 日

願意提供於 1. 本系網頁： ☒ 是； ☐ 否

### 醫療院所：

醫院名稱：奇美醫療財團法人奇美醫院

簽約正式發文單位名稱：奇美醫療財團法人奇美醫院復健部

發文單位通訊地址：710 台南市永康區中華路 901 號

簽約負責單位/人員：復健部物理治療組/葉建男總技師

電話號碼：(06)2812811 轉 55000

電子信箱：tinnieliu@hotmail.com

醫院網站連結：<http://www.chimei.org.tw/>

### 第一部分：單位基本資料

#### 1. 醫院整體規模與其他綜合資料：

是否為教學醫院：☒ 是 ☐ 否

醫院層級：

☒ 醫學中心 ☐ 準醫學中心 ☐ 區域醫院 ☐ 地區醫院 ☐ 基層診所 ☐ 其他

通過評鑑有效日期：107 年 1 月 ~ 110 年 12 月

病床數：1273 床；平均佔床率：90 %；平均每月門診人次：11 萬

#### 2. 復健科組織架構：

復健科主任：王鈺霖

病床數：10 床；平均佔床率：50 %；平均每月門診人次：2700

專業人員：☒ 物理治療 ☒ 職能治療 ☒ 語言治療 ☐ 義肢支架裝具 ☒ 其他:請說明臨床心理師

#### 3. 物理治療單位：

是否通過訓練機構評鑑？☒ 是 ☐ 否 訓練機構名稱奇美醫院復健部物理治療組

負責人：葉建男；職稱：總技師；聯絡電話：(06) 2812811 轉 55000

電子信箱：850620@mail.chimei.org.tw

---

臨床實習負責人：劉天慧；職稱：組長；聯絡電話：(06)2812811 轉 55016

電子信箱：tinnieliu@hotmail.com

---

物理治療師資歷(至本年度 12 月底為止)：現有專任 26 人、兼任 人

工作資歷超過(含)4 年者有 專任 25 人、兼任 人

工作資歷為 2 年(含)至 4 年者有 專任 1 人、兼任 人

工作資歷為不滿 2 年者有 專任 人、兼任 人

具有臨床教師人數：26 人 (經醫策會認可機構認證)

物理治療生資歷(至本年度 12 月底為止)：現有專任 7 人、兼任 人

提供物理治療學生實習領域之其他專業人員

(含輔具治療師等，至本年度 12 月底為止)：現有專任 人、兼任 人

實習生師比：1:1

**第二部分：物理治療臨床實習調查**

1. 可提供之實習制度(可複選)：☐A 制(6 週) ☐B 制(12 週) ☒C 制(18 週) ☐D 制(36 週)

2. 實習目標：

建立以「物理治療學習者」為中心的教學環境；培養合格的準物理治療師。

3. 實習內容：肌肉骨骼系統(240 小時)/神經系統(240 小時)/小兒物理治療(240 小時)

肌肉骨骼系統(240 小時)/神經系統(240 小時)/呼吸循環系統物理治療(240 小時)

癌症骨骼系統(240 小時)/神經系統(240 小時)/小兒物理治療(240 小時)

癌症骨骼系統(240 小時)/神經系統(240 小時)/呼吸循環系統物理治療(240 小時)

以上組合四擇一

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	小時	240 小時	小時
	神經系統物理治療	小時	小時	240 小時	呼吸循環與小兒物理治療二擇一
	呼吸循環系統物理治療 (含床邊物理治療)	肌肉骨骼系統與癌症物理治療二擇一		240 小時	
	小兒物理治療	小時	小時	240 小時	
選修項目	請填寫項目： 腫瘤癌症物理治療	小時	小時	240 小時	小時
	請填寫項目：	小時	小時	小時	小時
	請填寫項目：	小時	小時	小時	小時
	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				

4. 臨床實習時間：

☒全部在週一至週五白天

☐會包括部分時間於夜間實習，

請說明：\_\_\_\_\_

☐會包括部分時間於週末或假日實習，

請說明：\_\_\_\_\_

**5. 實習分站情形：**請就實習分站或分段、學生輪換之實施狀況，簡述之。

肌肉骨骼系統物理治療及神經系統物理治療為必選站別，各為 6 週(240 小時)；呼吸循環系統物理治療及小兒物理治療為二擇一，為期 6 週(240 小時)，

**6. 物理治療實習學生應參與的教學研討活動：**

■Journal Meeting(staff)   ■Case Conference   ■Book Reading   ☐Seminar(Topics)

■Others：EBM 之 PICO 研習會

**7. 是否要書寫病歷：**☐ 否   ■是(老師是否批閱或與學生討論：☐ 否   ■是   )

## 8. 學生每半天負責治療人數(負荷量)：

實習 學科	實習內涵	學生每半天負責治療人數			
	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	人/半天	人/半天	4 人/半天	人/半天
	神經系統物理治療	人/半天	人/半天	4 人/半天	人/半天
	呼吸循環系統物理治療 (含床邊物理治療)	人/半天	人/半天	4 人/半天	人/半天
	小兒物理治療	人/半天	人/半天	4 人/半天	人/半天
選 修 項 目	請填寫項目： _____	人/半天	人/半天	人/半天	人/半天
	請填寫項目： _____	人/半天	人/半天	人/半天	人/半天
	請填寫項目： _____	人/半天	人/半天	人/半天	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				

## 9. 學生實習分發制度

(1). ■醫院遴選方式:

A. 申請注意事項及準備文件是否與去年相同，■是 □否 (請提供)

繳交書面申請資料：

必須項目： ■歷年成績單■名次表 ■自傳 □實習計畫 □推薦信\_\_\_\_\_封

☐其他\_\_\_\_\_

口試/面試：☐無 ☒有，預計於何時進行？

110.2.27\_\_\_\_\_

其他：請說明相關規定：自傳以 2 頁 A4 為限，不用推薦信

收件截止日期：2月19日

B. 是否同意提供候補，☒是☐否

(2). ☐學校遴選方式

錄取名單需於\_\_月\_\_日前通知

(3). ☐選填

10. 膳宿提供情形：

膳食：☐供膳☒自理(☐員工餐廳優惠)

住宿：☒自理☐可以申請宿舍(金額：\_\_\_\_\_元/月) 申請辦法：\_\_\_\_\_

## 11. 本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)	D1														
C 制 (18 週)	C1			2	1	2	2	2	2	1					
	C2			2	1	1	2	4	2						
B 制 (12 週)	B1														
	B2														
	B3														
	B4														
A 制 (6 週)	A1														
	A2														
	A3														
	A4														
	A5														
	A6														
	A7														
	A8														

## 12. 下學年度可提供中國實習名額：

實習制度別		名額	時數				
			骨科	神經	小兒	心肺	其他：_____
D 制 (36 週)	D1						
C 制 (18 週)	C1	12	12	12	6	6	
	C2	12	12	12	6	6	
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****實習簽約負責聯絡人**

1. 簽約負責科室：☐教研組    ☒復健科    ☐其他\_\_\_\_\_
2. 簽約公文寄送地址：710 台南市永康區中華路 901 號
3. 簽約公文負責聯絡人：葉建男    聯絡電話：(06)2812811 轉 55000
4. 聯絡人電子信箱：850620@mail.chimei.org.tw

**實習合約書**

5. 實習費用：☐每週    ☒每月    ☐每學期    每人 500 元
6. 醫院正式名稱：奇美醫療財團法人奇美醫院
7. 立合約書人：邱仲慶 院長

**實習簽約公文附件**

8. 須檢附保險證明(100 萬或以上意外險)    ☒是    ☐否
9. 須檢附體檢名冊    ☐是    ☒否  
若上題答案為否，請勾選適當選項    ☒報到時繳交體檢資料    ☐不需體檢
10. 體檢內容：

	一年內	六個月內	其他時間點
一般體檢			
胸腔 X 光		V (地區級或以上醫院)	
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			
若有其他項目， 請詳列			麻疹及德國麻疹 5 年內注射記錄

			(診所或以上醫院)，或 5 年內血液檢驗報告麻疹及德國麻疹抗體為正:地區級或以上醫院)
--	--	--	---

### 實習學生報到注意事項

1. 實習說明會：☐需參加實習說明會    ☒無實習說明會

日期時間：\_\_\_\_\_ 報到地點：\_\_\_\_\_

負責老師：\_\_\_\_\_

2. 實習報到

日期時間：實習第一天 上午 8:00    報到地點：奇美醫院復健部

負責老師：葉建男總技師

3. 攜帶文件：

☒體檢報告影本    ☒保險證影本    其他：\_\_\_\_\_