

# 中山醫學大學物理治療學系校外實習機構調查表(114 學年度)

填表人	曾俊智	填表日期	113 年 12 月 15 日
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/物理治療所名稱	宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院						
簽約正式發文單位名稱	洪千婷						
網 站 連 結	台北市大安區仁愛路四段 61 號七樓復健科						
發文單位通訊地址	https://www.country.org.tw/						
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 checked="" 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						
	114 床 (PAC 病床 22 床)						
復健科組織架構							
復健科主任姓名	洪千婷	病床數	50 床	平均佔床率	70%	平均每月門診人次	1000 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 臨床心理師						
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	陳怡巧	職稱	行政暨專業副督導	聯絡電話	02-27713161*732	電子信箱	pizza18906003@gmail.com
臨床實習負責人姓名	曾俊智	職稱	物理治療副組長	聯絡電話	02-27713161*732	電子信箱	erictz03@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	16 人	兼任	0 人	
	工作資歷超過(含)4 年		專任	8 人	兼任	0 人	
	工作資歷 2 年(含)至 4 年		專任	5 人	兼任	0 人	
	工作資歷為不滿 2 年		專任	3 人	兼任	0 人	
	具有臨床教師人數(經醫策會認可機構認證)					0 人	
物理治療生總人數			專任	0 人	兼任	0 人	
提供物理治療學生實習領域之其他專業人員			專任	13 人	兼任	0 人	
實習師生比			約 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 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	1. 提供臨床實習環境，將所學專業知識能整合並實際運用 甲、學習了解與釐清個案主要問題 乙、學習運用適當的評估方法與執行內容 丙、學習設定適當的治療目標與治療計畫 丁、學習正確紀錄個案病歷並及時完成。 戊、學習臨床溝通技巧與方式，可以與個案保持順暢醫病溝通和專業間溝通合作。 學習注重病人安全與隱私				
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	小時 人/半天	小時 人/半天	240 小時 3 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	240 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)	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	240 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： C1 二人，C2 二人				
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 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 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_____學校協助遴選				
	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__5__月__1__日前通知					

[illegible]

下學年度(114 學年度)可提供實習名額

實習制度別		中山名額	時數				
			骨科	神經	小兒	心肺	其他：_____
D 制(36 週)	D						
C 制(18 週)	C1	1	240	240	240		
	C2	1	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							

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 checked="" type="checkbox"/> 復健科 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	姓名	洪千婷	電話	0227713161 轉 732	電子信箱	chien1974@gmail.com
	公文寄送地址	台北市大安區仁愛路四段 61 號七樓復健科				
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		
	醫院正式名稱	宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院				
	立合約書人	洪千婷				
	實習費用	<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每學期   每人_____元				
實習簽約 公文附件	檢附意外保險投保資料	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
	檢附體檢資料	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否( <input 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	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			
	B 肝疫苗施打記錄			
	C 肝抗體	V		
	麻疹抗體	V		
	德國麻疹抗體	V		
	水痘抗體	V		
	其他項目	無		
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： <u>實習當天 09：00</u> 報到地點： <u>復健科櫃檯（7F）</u> 負責老師： <u>曾俊智 組長</u>	
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		