

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	吳志遠	填表日期	112 年 12 月 7 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/物理治療所名稱		長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院					
簽約正式發文單位名稱		管理部					
網 站 連 結		http://jiawww.cgmh.org.tw/					
發文單位通訊地址		嘉義縣朴子市嘉朴路西段 8 號					
醫療院所整體規模與其他綜合資料							
醫院層級	<input checked="" type="checkbox"/> 教學醫院 通過評鑑有效日期： 112 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 checked="" 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 1300 床						
復健科組織架構							
復健科主任姓名	謝煒基	病床數	75 床	平均佔床率	90%	平均每月門診人次	3600 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 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 checked="" type="checkbox"/> 是 訓練機構名稱： 老人醫學 <input type="checkbox"/> 否						
主管姓名	蔡賀羽	職稱	物理治療組長	聯絡電話	(05)3621000 轉 2368	電子信箱	b6715aa@cgmh.org.tw
臨床實習負責人姓名	吳志遠	職稱	物理治療師	聯絡電話	(05)3621000 轉 2368	電子信箱	chihyuanwu@cgmh.org.tw
物理治療專業人員配置情形(計算至本年度 12 月底為止)							
chihyuan 物理治療師	總人數		專任	10 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	1 人	兼任	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	1 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	0 人	兼任	人	

實習師生比	1:1.5
-------	-------

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	訓練可獨立作業之專業治療師與培養團隊合作之能力				
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 2~3 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 3~4 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	120 小時 4~5 人/半天	小時 人/半天
	小兒物理治療	小時 人/半天	小時 人/半天	120 小時 2~3 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 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：_____				
膳宿	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				
膳宿	<input checked="" type="checkbox"/> 學校選填 錄取名單需於__6__月__1__日前通知				
	膳食	<input type="checkbox"/> 供膳 <input checked="" type="checkbox"/> 自理(<input checked="" type="checkbox"/> 員工餐廳優惠)			

提供情形	住宿	<input type="checkbox"/> 自理 <input checked="" type="checkbox"/> 可以申請宿舍(金額： 1800 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			3	2						2	2	4	2	
	C2			3	2						2	2	0	0	
B 制(12 週)	B1														
	B2														
	B3														
	B4														
A 制(6 週)	A1														
	A2														
	A3														
	A4														
	A5														
	A6														
	A7														
	A8														

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	2		2	240	240	120	120	
	C2	2		2	240	240	120	120	
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	蔡賀羽	電話	05-3621000	電子信箱	b6715aa@cgmh.org.tw
	公文寄送地址					
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	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院				
	立合約書人	楊仁宗				
	實習費用	<input type="checkbox"/> 每週 <input checked="" type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每學期 每人_1000_____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	實習前三個月內	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		V	
	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		V	
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>實習起始第一日 am8:30</u> 報到地點： <u>第一醫療大樓 5G 復健中心</u> 負責老師： <u>吳志遠</u>	
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： <u>BLS 合格證明</u>	
其他		