

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	羅惠政	填表日期	年 月 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 type="checkbox"/> 是； <input checked="" type="checkbox"/> 否	

第一部分：單位基本資料

醫院/機構/物理治療所名稱	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院						
簽約正式發文單位名稱	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院						
網 站 連 結	http://www.scmh.org.tw						
發 文 單 位 通 訊 地 址	彰化市中山路一段 542 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：_____ 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 _____ 床						
復健科組織架構							
復健科主任姓名	鄭美麗	病床數	床	平均 佔床率	%	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 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：_____ <input type="checkbox"/> 否						
主管姓名	連祐政	職稱	組長	聯絡 電話	#83300	電子 信箱	lien13chung33@yahoo.com.tw
臨床實習 負責人姓名	羅惠政	職稱	物理治療師	聯絡 電話	#83302	電子 信箱	dannnislo1@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	7 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	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)					7 人	
物理治療生總人數				專任	2 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 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					
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 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 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 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 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 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？_____				
膳宿提供情形	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				
膳宿提供情形	<input checked="" type="checkbox"/> 學校選填 錄取名單需於_____月_____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)			
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：_____				

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 type="checkbox"/> 其他_____			
	姓名		電話	04-7256166	電子信箱
	公文寄送地址	彰化市中山路一段 542 號			
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	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院			
	立合約書人	黃明和			
	實習費用	<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每月 <input checked="" type="checkbox"/> 每學期 每人 2500 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 type="checkbox"/> 是 <input checked="" 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	其他時間點	
	一般理學檢查				
	胸腔 X 光				
	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				
	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： 實習前一周 報到地點： 人事處 負責老師： 羅惠政	
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		