**大學物理治療學系校外實習機構調查表**

**填表日期**： 107 年 12 月 29日

**願意提供於本系網頁**：**☑**是；□否

**醫療院所：**

**醫院名稱：** 財團法人瑪利亞社會福利基金會

**簽約正式發文單位名稱****：** 財團法人瑪利亞社會福利基金會

**發文單位通訊地址：** 臺中市南屯區東興路一段450號

**簽約負責單位/人員：** 財團法人瑪利亞社會福利基金會 / 莊宏達

**電話號碼：** 04-24713535轉1801

**電子信箱：** m881@mail.maria.org.tw

**醫院網站連結**： http://www.maria.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：**

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 財團法人瑪利亞社會福利基金會經營管理 台中市愛心家園附設醫務室

**☑**其他 臺中市南區輔具資源中心

通過評鑑有效日期： 106 年 01 月 ~ 108 年 12 月

病床數： 0 床；平均佔床率： ％；平均每月門診人次： 550

**2. 復健科組織架構：**

 復健治療中心主任：\_ 劉純晶

 病床數： 0 床；平均佔床率： ％；平均每月門診人次： 550

 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 聽力治療、音樂治療、輔具技師、社工

**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

負責人：劉純晶 ；職稱：復健治療中心主任 ；聯絡電話：04-24713535轉1801

電子信箱： m881@mail.maria.org.tw

機構物理治療服務：劉純晶 職稱： 主任

聯絡電話： 04-24713535轉1801 電子信箱： m881@mail.maria.org.tw

輔具資源中心輔助科技服務：劉淵植 職稱： 組長

聯絡電話： 04-24713535轉1903 電子信箱： m923@mail.maria.org.tw 物理治療師資歷(至本年度12月底為止)：現有專任 7 人、兼任 人

工作資歷超過(含)4年者有 專任 4 人、兼任 人

工作資歷為2年(含)至4年者有 專任 3 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： 1 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 1 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 10 人、兼任 人

 實習生師比：\_\_\_1：2\_\_\_

**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：**

1. 在評估病人前後，先查閱病歷並收集必要的資料並能撰寫正確及適當之物理治療記錄。
2. 可獨立執行基本的評估與物理治療技巧與尊重並維護病人的隱私權。
3. 遵循臨床及行政的政策與程序。

**3. 實習內容：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 小時 |  小時 |
| 神經系統物理治療 |  小時 | 小時 |  小時 |  小時 |
| 呼吸循環系統物理治療（含床邊物理治療） |  小時 | 小時 |  小時 |  小時 |
| 小兒物理治療 |  小時 | 小時 |  小時 |  小時 |
| 選修項目 | 請填寫項目：**機構的物理治療服務**1. ISP(Individualized Service Program；個別化服務計畫／方案)個別化服務計畫的理念與實施
2. 評量運用：早期療育課程評量/

支持強度量表（Supports Intensity Scale, SIS）/以個人為中心的服務計畫(Person-Centered Planning, PCP)1. 身心障礙體適能促進(身心障礙適應體育)
2. 跨專業團隊服務合作模式運用
3. 入班協同教學服務運用
4. 身心障礙運動休閒(地板滾球)
 |  240小時 | 480小時 |  小時 |  小時 |
| 請填寫項目：**輔具資源中心輔助科技服務** 1. 輔具需求專業評估和諮詢
2. 到宅、到校無障礙環境規劃
3. 輔具使用訓練
4. 輔具維修
5. 輔具回收再運用
6. 輔具租借媒合
7. 輔具參訪/體驗/推廣
 |  240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。

 實務操作訓練: 含專業技巧及專業特質的訓練

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A制(6週)A5、A6、A7、A8以上擇一 | B制(12週)B3、B4以上擇一 | 機構的物理治療服務(240小時) 6週1. ISP(Individualized Service Program)個別化服務計畫的理念與實施
2. 評量運用：早期療育課程評量/

 支持強度量表（Supports Intensity Scale, SIS）/ 以個人為中心的服務計畫(Person-Centered Planning, PCP)1. 身心障礙體適能促進(身心障礙適應體育)
2. 跨專業團隊服務合作模式運用
3. 入班協同教學服務運用
4. 身心障礙運動休閒(地板滾球運動訓練站)
 |
| A制(6週)A5、A6、A7、A8以上擇一 | 輔具資源中心輔助科技服務(240小時) 6週1. 輔具需求專業評估和諮詢
2. 到宅、到校無障礙環境規劃
3. 輔具使用訓練
4. 輔具維修
5. 輔具回收再運用
6. 輔具租借媒合
7. 輔具參訪/體驗/推廣
 |

**6. 物理治療實習學生應參與的教學研討活動：**

**☑**Journal Meeting **☑**Case Conference **☑**Book Reading □Seminar(Topics)

**☑**Others： 相關知能課程教育

**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 | 人/半天 | 人/半天 |
| 神經系統物理治療 | 人/半天 | 人/半天 | 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 | 人/半天 | 人/半天 |
| 小兒物理治療 | 人/半天 | 人/半天 | 人/半天 | 人/半天 |
| 選修項 目 | 請填寫項目：機構的物理治療服務1. ISP(Individualized Service Program；個別化服務計畫／方案)個別化服務計畫的理念與實施
2. 評量運用：早期療育課程評量/支持強度量表（Supports Intensity Scale, SIS）/以個人為中心的服務計畫(Person-Centered Planning, PCP)
3. 身心障礙體適能促進(身心障礙適應體育)
4. 跨專業團隊服務合作模式運用
5. 入班協同教學服務運用
6. 身心障礙運動休閒(地板滾球)
 | 2~4人/半天 | 2~4人/半天 | 人/半天 | 人/半天 |
| 請填寫項目：輔具資源中心輔助科技服務 1. 輔具需求專業評估和諮詢
2. 到宅、到校無障礙環境規劃
3. 輔具使用訓練
4. 輔具維修
5. 輔具回收再運用
6. 輔具租借媒合
7. 輔具參訪/體驗/推廣
 | 2~4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:**
	* + - 1. 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 物理治療實習申請表

口試/面試： ■無 □有，預計於何時進行？ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

其他：請說明相關規定：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - * 1. 收件截止日期：108年 2 月 27 日(星期五)
				2. 是否同意提供候補：■是(限108年3月15日前以E-mail提出，附申請資料)

 □否

* + - * 1. **請注意:學生經錄取後若放棄實習，則該學校次年可接受的實習名額會縮減**
1. **□學校遴選方式**

錄取名單需於 月 日前通知

1. **□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：

1. **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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| C2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B制(12週) | B1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |  |  |
| B2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A制(6週) | A1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **下學年度可提供實習名額：(A制和B制名額共用)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |
| C2 |  |  |  |  |  |  |
| B制(12週) | B1 |  |  |  |  |  |  |
|  | B2 |  |  |  |  |  |  |
|  | B3 | 4 |  |  |  |  | 480 |
|  | B4 | 4 |  |  |  |  | 480 |
| 組合B制例: B1+B2 |  |  |  |  |  |  |  |
| A制(6週) | A1 |  |  |  |  |  |  |
| A2 |  |  |  |  |  |  |
| A3 |  |  |  |  |  |  |
| A4 |  |  |  |  |  |  |
| A5 | 4/4 |  |  |  |  | 240/240 |
| A6 | 4/4 |  |  |  |  | 240/240 |
| A7 | 4/4 |  |  |  |  | 240/240 |
| A8 | 4/4 |  |  |  |  | 240/240 |
| 組合A制例: A1+A2 |  | 4 |  |  |  |  | 480 |

**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 ■復健治療中心 □其他
2. 簽約公文寄送地址： 台中市南屯區東興路一段450號
3. 簽約公文負責聯絡人： 劉純晶 聯絡電話： (04)2471-3535轉1801
4. 聯絡人電子信箱： m881@mail.maria.org.tw

實習合約書

1. 實習費用：□每週 □每月 ■每6週 □每學期 每人 750 元
2. 醫院正式名稱： 財團法人瑪利亞社會福利基金會
3. 立合約書人： 莊宏達

實習簽約公文附件

1. 須檢附意外保險投保資料 ■是 □否
2. 須檢附體檢資料 □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影本 □不需體檢

1. 體檢內容：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 一年內 | 六個月內 | 其他時間點 |
| 一般體檢 | 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 |  |  |  |
| 其他項目 |  |  |  |

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：

1. 實習報到(依A、B制實習的第一個星期一早上8:00)

上學期時間： 無 報到地點：台中市愛心家園

負責老師：

下學期時間：依物理治療學會規定 報到地點：台中市愛心家園

負責老師： 朱怡菁

1. 攜帶文件： ■體檢報告影本 ■意外保險證影本 其他： \_