

正本

國立臺灣大學醫學院附設醫院 函

地 址：臺北市中山南路7號
聯絡人：吳思穎
電 話：02-23123456 分機 67517
傳 真：02-23710615
Email：102756@ntuh.gov.tw

40402
臺中市學士路91號

受文者：中國醫藥大學

發文日期：中華民國108年5月21日

發文字號：校附醫教字第1080018155號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：有關貴校薦送物理治療學系陳文萱等3名學生至本院復健部、物理治療中心進行實習一案，謹表同意，其餘事項詳如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴校108年5月15日明校字第1080006653號函。
- 二、實習時間：自108年7月15日起至109年2月21日止（分站實習）。
- 三、實習費用：合計新台幣12,000元（詳附件一）。請貴校於學生至本院報到實習前代為繳清，以即期支票或轉帳匯款方式辦理（受款人/轉帳戶名：台大醫院作業基金401專戶，合作金庫銀行台大分行帳號：1346713100100），並於轉帳後來函告知匯款日期、帳號及收據抬頭（附轉帳證明影本）。
- 四、依本院規定，物理治療學生於本院連續實習2站以上者，本院將為其投保團體意外保險，非連續實習期間，請貴校為學生投保團體意外保險（傷害保險最低保額100萬元，且保費不得由學生負擔），至遲應於報到時出示相關證明，方可開始實習（詳附件一）。
- 五、實習醫事學生之體檢、到院前應完成線上基本課程及報到

應備文件如下，請務必轉知學生本函內容：

(一) 身體檢查 (附檢驗證明影本於報到時繳交)：

- 1、B型肝炎篩檢：請附篩檢結果證明影本，如為非帶原者且未具有抗體者，另須先施打疫苗並附施打證明影本。
- 2、胸部X光檢查：凡於本院實習達3個月(含)以上者，皆須進行X光檢查，並於報到時出示實習開始前3個月內之X光診斷書影本。
- 3、麻疹-腮腺炎-德國麻疹(MMR)檢查：凡1981年(含)以後出生且固定於本院實習3個月(含)以上之醫事實習學生，請提供免疫情形切結書(附件二)及抗體陽性/施打證明影本。

(二) 線上基本課程：本院醫事學生須於報到前完成「臺大醫院醫事實習學生基本課程」，檢附報到須知及課程表如附件二，請務必轉知實習學生至本院教育訓練管理系統(網址：<http://edu.ntuh.gov.tw>)上課並列印完成課程頁面於報到時繳交(步驟：我的學程→醫事實習學生必修課程→列印)。登入帳號及密碼另MAIL致承辦人。

(三) 報到應備文件及相關事宜：

- 1、詳見報到須知(附件二)。
- 2、請轉知學生於實習首日上午8:10-8:30，攜帶實習登記表、病人病歷隱私保密同意書、線上課程紀錄、B型肝炎免疫情形暨X光檢查報告繳交紀錄表、麻疹-腮腺炎-德國麻疹免疫情形切結書、體檢證明影本、1吋照片2張，至本院東址新院區研究大樓3樓教學部教育組辦理報到事宜，方可開始實習。
- 3、前述登記表等文件詳附件三或至本院教學部網站下載，路徑：台大醫院首頁>教學研究>教學部>教

育組 > 實習醫事學生訓練 > 報到 / 離院程序
(<http://www.ntuh.gov.tw/EDU/education>)。

六、檢附本院已用印合約書1式2份（附件四），請用印後於學生到院實習前將其中1份函送回本院。

正本：中國醫藥大學

副本：

代理院長 陳石池

裝

線

108 學年度中國醫藥大學物理治療學系學生投保單位、實習費及體檢項目清單

姓名	實習科部	實習起日	實習迄日	A1 108.07.15~ 108.08.23	A2 108.08.26~ 108.10.04	A3 108.10.07~ 108.11.15	A4 108.11.25~ 109.01.03	A5 109.01.06~ 109.02.21	保險 投保單位	實習費 (元)	體檢
陳文萱	復健部、 物治中心	108.07.15	108.11.15	復健部 (骨科)	物治中心 (兒神)	復健部 (小兒)			醫院(A1~A3)	4,500	B 肝+ X 光+ MMR
黃章閔	復健部、 物治中心	108.07.15	108.11.15	復健部 (骨科)	復健部 (心肺/急性)	物治中心 (骨科 2)			醫院(A1~A3)	4,500	B 肝+ X 光+ MMR
施均燁	物治中心	108.08.26	109.02.21		物治中心 (兒神)			物治中心 (骨科 1)	學校(A2、A5)	3,000	B 肝+ X 光+ MMR

臺大醫院實習醫事學生報到須知

(請學生詳讀以下內容)

壹、報到程序：

一、報到當日攜帶文件及流程

流程 Start：	1.教學部報到 (請帶 1 吋一張 製作識別證)、檢查線上課程紀錄 → 2.安全衛生室核章 (可與步驟 1 互換) → 3.登記表請實習科部主管核章 → 4.文件交回教學部 (登記表、病歷隱私保密同意書、線上課程紀錄釘成一份)
報到當日攜帶文件：	1、實習報到前，尚未提供 <u>意外保險投保證明</u> 文件者，至遲應於報到當日繳交至教學部(新院區研究大樓 3 樓，分機 67517)，惟連續實習(一週五天)超過 3 個月/2 站期間由本院投保，可免交。 2、詳填 <u>實習登記表(含病患/病歷隱私保密同意書)</u> 。(如後所附) 3、詳填 B 型肝炎免疫情形暨 X 光檢查報告單繳交紀錄(如後所附)，及攜帶體驗證明影本至安全衛生室查檢，並於 <u>登記表</u> 核章。(新院區 AB 棟 B3，聯絡分機 63479)。 (1)實習前 3 個月內之 B 型肝炎檢查報告影本。 (2)實習期間達 3 個月(含)以上者，請另加附實習前 3 個月內之 X 光檢查診斷書影本。 (3)1981 年(含)以後出生且固定於本院實習 3 個月(含)以上之醫事實習學生，請提供免疫情形切結書及抗體陽性/施打證明影本。 4、 <u>線上課程紀錄</u> ：請學生自行列印完成之「我的學程紀錄」畫面一張，於教學部報到時繳交。 5、繳回教學部存檔文件： 「實習登記表」經實習科部主任核章後，併同「病患/病歷隱私保密同意書」、「線上課程紀錄」等三頁裝訂成每人一份繳回教學部(吳思穎管理師)。

二、完成線上基本課程

1、請於實習報到前完成「醫事學生線上基本課程」，課程如下：

序號	編號	課程名稱	閱讀時間	線上測驗及格分數
1	162434	總院-108 年本院簡介(含資通安全、病歷隱私及品質管理)	80 分鐘以上	有(100 分)
2	159042	總院:108 年職業安全衛生暨緊急應變教育訓練課程	50 分鐘以上	有(60 分)
3	159066	總院-感染管制基礎教育	30 分鐘以上	有(80 分)
4	162451	總院-108 年度基本救命術(BLS)	27 分鐘以上	有(100 分)
5	159070	總院-健康促進與暴露於傳染性疾病處理(含醫療尖銳物傷害預防、處理與安全針具運用)	30 分鐘以上	有(80 分)
6	159069	總院-結核病照護與防治	30 分鐘以上	有(80 分)
7	163684	總院-高齡友善健康照護基礎訓練課程(含成功老化)	60 分鐘以上	無
8	163683	總院-高齡友善健康照護核心能力基本訓練課程	50 分鐘以上	無
9	153760	總院-醫療品質與病人安全	40 分鐘以上	無
10	159745	總院-醫療院所性騷擾問題之預防及處理	81 分鐘以上	無
11	159744	總院-醫療機構的個資保護	70 分鐘以上	無
12	159739	總院-生命末期關懷	70 分鐘以上	無

2、登入方式：至本院教育訓練管理系統(TMS) <http://edu.ntuh.gov.tw> 登入帳號

※學生帳號由教學部核發(帳號另 mail 通知各校承辦人)，該帳號於報到前一個月開放，密碼預設為身分證號(英文字母大寫)，如登入有問題請於實習 2 週前提出，以便處理。

※請學校務必轉知學生進行線上學習，否則實習首日無法至科部進行訓練，如到院後有使用 TMS 需求，請至 <https://help.ntuh.gov.tw> 開通帳號。

3、課程位置：首頁左側欄位→我的學程→**醫事實習學生必修課程(12 堂課)**

4、完成學程內所有課程，狀態應為**完成度 100%**。

5、**列印課程通過清單**於報到時繳交，列印步驟：**首頁左側欄位→我的學程→列印**，請核對上述課程及測驗是否皆已完成再列印)

三、製發識別證

識別證統一由教學部於**實習首日核發**，學生實習期間應依規定佩帶識別證，實習期間如遺失識別證，請儘速向教學部索取證件「補發」申請單，辦理補發手續。

貳、實習期間規定：

一、請假

實習學生於本院實習期間如須請假時，請至教學部索取「**醫事實習學生請假單**」，或至教學部網頁下載列印，經實習單位主管核章後，送回教學部備查。

二、服裝儀容

實習期間應依本院「**醫事人員服裝儀容規範**」，穿著合宜之服裝。服裝儀容規範節錄如下：

- (一) 服裝儀容乾淨清潔，並符合醫療專業形象。
- (二) 應配戴識別證，依規定穿著工作服。
- (三) 工作服應定期換洗，領子、袖口保持清潔且無污垢。
- (四) 醫師服及醫事工作服等白袍外套需扣好鈕釦。
- (五) 頭髮保持整潔，髮型符合醫療專業形象。
- (六) 中長髮者須將頭髮挽起或妥善整理，避免違反無菌原則、碰觸病人或醫療環境。
- (七) 鬍鬚保持整潔，並修整合宜，長度以不影響配戴高效率口罩密合度為原則。
- (八) 指甲長度小於 0.5 公分且不超過手指尖端，並保持清潔。不得配戴人工指甲或塗擦顏色鮮豔之指甲油。
- (九) 鞋子樣式須符合工作需求，並應盡量降低走動時產生音量(如高跟鞋)。執行侵入性醫療時，請著包鞋。
- (十) 避免穿著工作服至與醫療無關之公共場所。
- (十一) 穿著不得暴露，例如領口不得太低、露肚臍或內衣褲。

參、離院程序：

一、請填妥「**醫事實習學生離院手續單**」，並經實習單位主管核章後至教學部**辦理離院手續**，及**領取實習證明**；實習區間大於 6 個月者，需先至圖書館核章。

二、離院手續單可至本院教學部網頁下載列印。

肆、聯絡資訊：

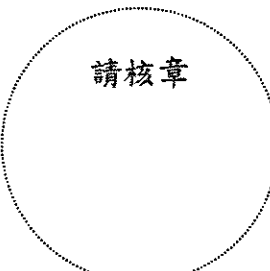
一、報到事宜諮詢：教學部吳思穎(新院區研究大樓 3 樓，02-23123456 轉 67517)。

二、B 肝檢驗及 X 光檢查報告繳交諮詢：**安全衛生室(新院區 AB 棟 B3，02-23123456 轉 63479)**。

三、臺大醫院教學部教育組網頁：[台大醫院首頁>教學研究>教學部>教育組>實習醫事學生訓練](http://www.ntuh.gov.tw/EDU/education)
<http://www.ntuh.gov.tw/EDU/education>。

國立臺灣大學醫學院附設醫院實習醫事學生登記表

108/4/1 更新

中文姓名：	性別：	籍貫：	2 吋 照 片 粘 貼 處
英文姓名：	出生： 民國 年 月 日		
身分證字號：	就讀學校(全名)：		
地址：	電話/手機：		
系別(全名)： 科系 年級		學校修業起迄日： 民國 年 月 ~ 年 月	
實習科部/病房：		實習期間： 民國 年 月 日 ~ 年 月 日	
實習費：新台幣 元			
<input type="checkbox"/> 免收費 <input type="checkbox"/> 自行至本院出納組繳費 <input type="checkbox"/> 收費金額統一由學校以公函寄			
緊急聯絡人：		關係：	電話：
地址：			
1. B型肝炎免疫情形： 本人已知悉「國立臺灣大學醫學院附設醫院 B 型肝炎預防措施實施要點」，並願意遵守有關規定。 <input type="checkbox"/> 已完成 B 型肝炎篩檢，帶原者(須檢附檢驗報告影本)。 <input type="checkbox"/> 已完成 B 型肝炎篩檢，具有抗體(須檢附檢驗報告影本)。 <input type="checkbox"/> 已完成 B 型肝炎篩檢，非帶原者，且未有抗體，已施打疫苗(須檢附檢驗報告及疫苗施打證明影本)。			
2. 是否已繳交胸部 X 光檢查報告單： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不需繳交*			
★ <u>步驟 1：安全衛生室核章</u>			*在本院實習超過 3 個月以上者方需繳交。
是否完成線上課程(於課程通過清單核章)： 1. 總院-108 年本院簡介(含資通安全、病歷隱私及品質管理) 2. 總院-108 年職業安全衛生緊急應變教育訓練課程 3. 總院-感染管制基礎教育 4. 總院-108 年度基本救命術(BLS) 5. 總院-健康促進與暴露於傳染性疾病處理(含醫療尖銳物傷害預防、處理與安全針具運用) 6. 總院-結核病照護與防治 7. 總院-高齡友善健康照護基礎訓練課程(含成功老化) 8. 總院-高齡友善健康照護核心能力基本訓練課程 9. 總院-醫療品質與病人安全 10. 總院-醫療院所性騷擾問題之預防及處理 11. 總院-醫療機構的個資保護 12. 總院-生命末期關懷			步驟 2：實習科部主管核章  <input type="checkbox"/> 知悉學生結束實習時，繳交實習成績影本乙份予教學部備查。

填表人：

(簽章)

民國 年 月 日

1. 請於實習報到前完成上述課程並自行列印學習紀錄，於報到日交由教學部檢查有無缺漏。
2. 請將此表帶回實習科部核章後，併同**病歷隱私保密同意書**、**線上學習記錄**共 3 張文件，於報到 7 日內繳回教學部，方為完成報到手續，否則日後不發給實習證明。線上學習網址：<http://edu.ntuh.gov.tw/>。
3. 請於離院前持離院單、識別證至教學部辦理離院手續並領取實習證明。

***國立臺灣大學醫學院附設醫院**
***病人/病歷隱私保密同意書(實習、代訓)**

本人於國立臺灣大學醫學院附設醫院(以下簡稱本院)實習、代訓期間，非因業務所需不得查詢病人/病歷資料。若因業務需要查詢、使用、保管病人/病歷資料，對於本院各種形式之病人/病歷資料，包括紙本病歷紀錄、聲音、影像或電腦上的病人病歷資訊(例如，姓名、身分證字號、住址、職業性質、家庭背景、醫師書寫的病歷、檢查報告、檢驗報告、影像、疾病狀態、身體特徵、圖片或其他相關資料等)，均負有保密及善良管理人注意義務，並不得無故揭露、公開、散布、損毀或攜出院外，且遵守相關法令、專業準則及院方之規定。

本人無論實習、代訓期間或結束後，若有違反上開規定或無故洩漏上開病歷資料者，願接受台大醫院之懲處並負一切民事及刑事法律責任。

本人已經詳閱且充分瞭解，並且願意遵守相關規定。

立同意書人：_____簽章

服務單位或學校：_____

中華民國 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院(實習學生版)
B 型肝炎免疫情形暨 X 光檢查報告單繳交紀錄單

類別： <input type="checkbox"/> 實習醫師 <input type="checkbox"/> 實習醫學生 <input type="checkbox"/> 實習醫事學生 <input type="checkbox"/> 見習醫事學生	
姓名：	就讀學校：
身份證字號：	系級：
實習期間： 年 月 日起至 年 月 日止	
曾否接受 B 型肝炎疫苗注射， <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
前經篩檢 B 型肝炎免疫情形如下：	檢查地點：
<input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(-)、HBsAg(+), 帶原者，需檢附檢驗證明影本。	
<input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(+)、HBsAg(-), 已具有 B 型肝炎抗體，需檢附檢驗證明影本。	
<input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(-)、HBsAg(-) <ul style="list-style-type: none"> ○完成部份 B 型肝炎疫苗注射，疫苗施打日期_____，需檢附檢驗證明及疫苗注射證明影本。 ○已完成全程 B 型肝炎疫苗注射，B 型肝炎表面抗體仍呈陰性反應，檢附注射疫苗及檢驗證明影本。 	
本人知悉「國立臺灣大學醫學院附設醫院 B 型肝炎預防措施實施要點」之相關規定，且願意遵守。	
本人簽章：	日期： 年 月 日
是否已繳交胸部 X 光檢查報告單： <input type="checkbox"/> 是，檢查日期：_____， <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不需繳交*	
<small>*在本院實習/訓練超過 3 個月以上者方需繳交。 *胸部 X 光報告單以 3 個月內所照的為限。</small>	

國立臺灣大學醫學院附設醫院 B 型肝炎預防措施實施要點

88 年 4 月 6 日第 627 次行政會報通過

88 年 4 月 24 日第 779 次院務會議修正通過

96 年 7 月 10 日第 182 次醫務暨行政會議修正通過

- 一、為防止在本院院區工作之人員，因職業性傷害而感染 B 型肝炎，特訂定本要點。
- 二、本院新進員工於辦理進用時，必須繳交最近三個月內之體格檢查報告。
- 三、新進員工體格檢查除須符合「公務人員任用法施行細則」第三條，以及「勞工健康保護規則」第十條所規定之檢查項目外，尚須包括 B 型肝炎表面抗原、表面抗體及核心抗體檢查。若 B 型肝炎表面抗原及表面抗體均呈陰性反應（HBsAg(-)，anti-HBs(-)）者，須另附上已施打 B 型肝炎疫苗第一劑（或以上）之證明。
- 四、實（見）習學生、實（見）習醫師、代訓人員至本院實習、訓練前，必須完成 B 型肝炎表面抗體及抗原之篩檢，若表面抗體及抗原皆陰性，應完成全程疫苗施打，且需提出 B 型肝炎表面抗體陽性證明或施打疫苗紀錄影本存查。
- 五、本院員工、實（見）習學生、實（見）習醫師、代訓人員應簽具切結書，表示知悉本院防治 B 型肝炎的措施及要求，並願意遵守；如未依規定完成施打疫苗者，應自負檢驗治療費用及責任。
- 六、研究生、研究助理、外包廠商僱用人員，在本院工作期間由其指導教授、計畫主持人或雇主負 B 型肝炎防治責任。
- 七、本院員工若 B 型肝炎表面抗原及表面抗體均呈陰性反應者，由安全衛生室通知，於指定期限內至家庭醫學部進行 B 型肝炎未施打的部分，其未完成的部分可由本院付費，並請妥為保留 B 型肝炎疫苗施打紀錄。
- 八、本院員工、實（見）習學生、實（見）習醫師、代訓人員在實習、訓練或工作過程中，發生如針扎、手術器械切割傷等，有感染 B 型肝炎疑慮事件時，請依「臺大醫院污染性尖銳器械傷害後追蹤檢驗流程」處理。施打疫苗紀錄尚在半年施打期中，或是施打疫苗完畢後，檢驗為 B 型肝炎表面抗原及表面抗體均呈陰性反應（HBsAg(-)，anti-HBs(-)）者，其施打免疫球蛋白、相關檢驗及治療費用由院方支付。如經查核後發現未能提出證明或未按規定如期施打疫苗者，應自付施打免疫球蛋白、追蹤檢驗及治療費用。
- 九、本要點經醫務暨行政會議通過後實施。

國立臺灣大學醫學院附設醫院(實習學生版)
麻疹—腮腺炎—德國麻疹(MMR)免疫情形切結書

〈限 1981 年 (含) 以後出生者〉

類別： <input type="checkbox"/> 實習醫師 <input type="checkbox"/> 實習醫學生 <input type="checkbox"/> 實習醫事學生 <input type="checkbox"/> 見習醫事學生	
姓名：	就讀學校：
身份證字號：	系級：
實習期間： 年 月 日起至 年 月 日止	
<p>為維護您自身健康及確保病人安全，本院針對 1981 年 (含) 以後出生且固定在本院實習 3 個月 (含) 以上之醫事實習學生進行麻疹—腮腺炎—德國麻疹 (MMR) 免疫情形調查，如未具血清抗體陽性或不明者，需進行自費進行 MMR 疫苗施打方可入院實習。</p> <p><small>* 在本院實習 3 個月 (含) 以上且為 1981 年以後出生者方需繳交。 * 依感染管制中心 108 年 4 月 8 日 (文號 1082300036) 發文辦理</small></p>	
<input type="checkbox"/> 個人已接受 MMR 疫苗施打，需檢附施打證明影本。	
<input type="checkbox"/> 個人因下列原因不願意接受 MMR 疫苗施打。 <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 個人已具有 MMR 抗體陽性反應 (需檢附抗體陽性證明) <input type="radio"/> 嚴重急性呼吸道感染者或其他感染而導致發高燒者 <input type="radio"/> 對 gelatin、neomycin 或本疫苗之其他成分或先前接種 MMR 曾出現嚴重過敏反應者 <input type="radio"/> 對雞蛋產生嚴重立即性過敏反應者 <input type="radio"/> 免疫嚴重不全者 <input type="radio"/> 懷孕或預計懷孕 <input type="radio"/> 哺乳期間 <input type="radio"/> 因其他因素不適合施打，請敘明原因_____ 	
本人簽章：	日期： 年 月 日