

## 中區三校物理治療學系校外實習機構聯合訪視調查表(109學年度)

填表人	蘇翠玲	填表日期	108年12月25日
此份資料提供學校	<input checked="" type="checkbox"/> 中山醫學大學 <input checked="" type="checkbox"/> 中國醫藥大學 <input checked="" 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	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院						
簽約正式發文單位名稱	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院						
網站連結	<a href="https://www.cgmh.org.tw/tw/Systems/AreaInfo/10">https://www.cgmh.org.tw/tw/Systems/AreaInfo/10</a>						
發文單位通訊地址	833 高雄市鳥松區大埤路 123 號						
<b>醫療院所整體規模</b>							
醫院層級	<input checked="" type="checkbox"/> 教學醫院 通過評鑑有效日期： <u>107年01月</u> ~ <u>110年12月</u> <input type="checkbox"/> 非教學醫院						
	<input checked="" type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 準醫學中心 <input 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	<u>2691</u> 床						
<b>復健科組織架構</b>							
復健科主任姓名	王琳毅	病床數	66 床	平均佔床率	>90 %	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 checked="" type="checkbox"/> 音樂治療 <input type="checkbox"/> 其他，請說明_____						
<b>物理治療部門/所</b>							
是否通過訓練機構評鑑	<input type="checkbox"/> 是 訓練機構名稱： _____ <input type="checkbox"/> 否						
主管姓名	蘇翠玲	職稱	物理治療組長	聯絡電話	07-7317123#6277	電子信箱	tsuiling@cgmh.org.tw
臨床實習負責人姓名	蘇翠玲	職稱	物理治療組長	聯絡電話	07-7317123#6277	電子信箱	tsuiling@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)							
物理治療師	總人數	專任	20 人	兼任	0 人		
	工作資歷超過(含)4年	專任	20 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)					20 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	人	兼任	人	
實習師生比	1:1.2						

## 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 checked="" type="checkbox"/> A 制(6 週)	<input checked="" 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	240 小時 人/半天	240 小時 人/半天	240 小時 人/半天	小時 人/半天
	神經系統物理治療	0 小時 人/半天	240 小時 4 人/半天	240 小時 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)	120 小時 3 人/半天	120 小時 3 人/半天	120 小時 3 人/半天	小時 人/半天
	小兒物理治療	120 小時 3 人/半天	120 小時 3 人/半天	120 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： 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (請提供) 繳交書面申請資料： 必須項目： <input checked="" type="checkbox"/> 歷年成績單 <input checked="" type="checkbox"/> 名次表 <input checked="" type="checkbox"/> 自傳 <input checked="" type="checkbox"/> 實習計畫 <input type="checkbox"/> 推薦信_____封 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	口試/面試： <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
<input type="checkbox"/> 學校選填 錄取名單需於_____月_____日前通知					
膳宿提供情形	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 checked="" type="checkbox"/> 可以申請宿舍(金額：600 元/月) 請提供申請辦法或表格： <u>確認實習時提出申請(4 月底前)</u>			



### 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 checked="" type="checkbox"/> 其他 管理部(物理治療組處理)				
	姓名	蘇翠玲	電話	07-7317123#6277	電子信箱	tsuiling@cgmh.org.tw
	公文寄送地址	高雄市鳥松區大埤路 123 號				
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	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院				
	立合約書人	王植熙院長				
	實習費用	<input type="checkbox"/> 每週 <input checked="" type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每學期   每人 <u>1000</u> 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 checked="" type="checkbox"/> 是 <input 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 <input checked="" type="checkbox"/> 選					
	項目	實習前一年內	實習前六個月內	實習前三個月內	其他時間點	
	一般理學檢查					
	胸腔 X 光			<input checked="" type="checkbox"/>		
	B 肝抗原		<input checked="" type="checkbox"/>			
	B 肝抗體		<input checked="" type="checkbox"/>			
	B 肝核心抗體		<input checked="" type="checkbox"/>			
	B 肝疫苗施打記錄		<input checked="" type="checkbox"/>			
	C 肝抗體		<input checked="" type="checkbox"/>			
	麻疹抗體			<input checked="" type="checkbox"/>		
	德國麻疹抗體			<input checked="" type="checkbox"/>		
	水痘抗體					
其他項目						
注意事項：若未具 B 型肝炎、麻疹及德國麻抗體者必須檢附疫苗施打紀錄，或有接種禁忌者，則提供暫不適宜預防接種證明，且體檢機構須為勞動部指定之體格檢查醫療機構，並為地區院以上層級。						

### 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 type="checkbox"/> 無實習說明會
實習報到	日期時間： <u>依各階段實習開始日期上午 8:30</u> 報到地點： <u>高雄長庚醫院復健大樓 9 樓會議室</u> 負責老師： <u>蘇翠玲</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： <input checked="" type="checkbox"/> 照片 規格:1 吋 張數:1 張
其他	