**中國醫藥大學物理治療學系校外實習機構調查表**

**填表日期**： 108 年 12 月 25 日

**願意提供於1. 本系網頁**：■是；□否

**醫療院所：**

**醫院名稱：** 臺中榮民總醫院

**簽約正式發文單位名稱****：** 臺中榮民總醫院/教學部

**發文單位通訊地址：** 40705 台中市西屯區臺灣大道四段 1650 號

**簽約負責單位/人員：** 臺中榮民總醫院 教學部 蕭伊辰

**電話號碼：** 04-23592525#4302

**電子信箱：** yi-chen@vghtc.gov.tw

**醫院網站連結**： www.vghtc.gov.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：**

**是否為教學醫院：**■是 □否

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 □其他

通過評鑑有效日期： 106年 07 月 ~110 年月

病床數： 975 床；平均佔床率： 95 ％；平均每月門診人次：

**2. 復健科組織架構：**

 復健科主任：\_ 程遠揚 醫師

 病床數： 10 床；平均佔床率： 90 ％；平均每月門診人次： 300

 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

**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 臺中榮民總醫院復健科

 負責人： 陳彥文 ；職稱： 技術主任 ；聯絡電話： 0423592525-3508/3510 電子信箱： suyenwen@yahoo.com.tw

 臨床實習負責人： 同上 ；職稱： ；聯絡電話：

 電子信箱：

 物理治療師資歷(至本年度12月底為止)：現有專任 17 人、兼任 人

 工作資歷超過(含)4年者有 專任 12 人、兼任 人

 工作資歷為2年(含)至4年者有 專任 5 人、兼任 人

 工作資歷為不滿2年者有 專任 0 人、兼任 人

 具有臨床教師人數： 17 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 0 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 0 人、兼任 人

 實習生師比：\_\_1:2.3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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)

 **(心肺或小兒) (神經骨科/心肺＋小兒) (B123 或 B234)**

**2. 實習目標：**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 | 480小時 |  小時 | 480 小時 |
| 神經系統物理治療 |  小時 | 480小時 |  小時 | 480 小時 |
| 呼吸循環系統物理治療（含床邊物理治療） |  240 小時 | 240小時 |  小時 | 240 小時 |
| 小兒物理治療 |  240 小時 | 240小時 |  小時 | 240 小時 |
| 選修項目 | 請填寫項目：  |  小時 | 小時 |  小時 |  小時 |
| 請填寫項目：  |  小時 | 小時 |  小時 |  小時 |
| 請填寫項目：  |  小時 | 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。

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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： 跨團隊合作照護會議 / PBL

**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 | 5-10人/半天 | 人/半天 | 5-10人/半天 |
| 神經系統物理治療 | 人/半天 | 3-5人/半天 | 人/半天 | 3-5人/半天 |
| 呼吸循環系統物理治療(含床邊物理治療) | 4-5人/半天 | 4-5人/半天 | 人/半天 | 4-5人/半天 |
| 小兒物理治療 | 2-3人/半天 | 2-3人/半天 | 人/半天 | 2-3人/半天 |
| 選修項 目 | 請填寫項目：  | 人/半天 | 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 |
| 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. 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\_\_1\_\_封

 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**■**試/面試：□無 **■**有，預計於何時進行？ 另行通知

其他：請說明相關規定：另行通知

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - * 1. 收件截止日期： 月 日
				2. 是否同意提供候補，**■**是□否
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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A制(6週) | A1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **下學年度可提供中國實習名額：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 實習制度別 | 名額 | 時數 |
| 骨科 | 神經 | 小兒 | 心肺 | 其他：\_\_\_\_\_\_\_ |
| D制(36週) | D1 | 2-6 |  |  |  |  |  |
| C制(18週) | C1 |  |  |  |  |  |  |
| C2 |  |  |  |  |  |  |
| B制(12週) | B1 |  |  |  |  |  |  |
|  | B2 |  |  |  |  |  |  |
|  | B3 |  |  |  |  |  |  |
|  | B4 |  |  |  |  |  |  |
| 組合B制例: B1+B2 | B234 | 4-6 |  |  |  |  |  |
| 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**

實習簽約負責聯絡人

1. 簽約負責科室：□教研組 □復健科 □其他
2. 簽約公文寄送地址：
3. 簽約公文負責聯絡人： 聯絡電話：
4. 聯絡人電子信箱：

實習合約書

1. 實習費用：□每週 □每月 □每學期 每人 元
2. 醫院正式名稱：
3. 立合約書人：

實習簽約公文附件

1. 須檢附保險證明 ■是 □否
2. 須檢附體檢名冊 ■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 □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 |  | ■ |  |
| 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 |  | ■ |  |
| 若有其他項目，請詳列 |  |  |  |

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： 另行通知

負責老師：

1. 實習報到

日期時間： 報到地點：

負責老師：

1. 攜帶文件：

□體檢報告影本 □保險證影本 其他：