**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**： 109 年 01 月 13 日

**願意提供於1. 本系網頁**：◼是；□否

**醫療院所：**

**醫院名稱：** 人一物理治療所

**簽約正式發文單位名稱：** 人一物理治療所

**發文單位通訊地址：台中市西屯區台灣大道4段771號12F**

**簽約負責單位/人員：** 吳定中

**電話號碼：** 04-23593695

**電子信箱：** fingersurgery@gmail.com

**醫院網站連結**：

**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： 年 月 ~ 年  月

病床數： 床；平均佔床率： ％；平均每月門診人次：500

**2. 復健科組織架構：**

復健科主任：\_

病床數： 床；平均佔床率： ％；平均每月門診人次：

專業人員：12 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

負責人： 吳定中 ；職稱：院長 聯絡電話：04-23593695 電子信箱：fingersurgery@gmail.com

臨床實習負責人： 陳韻秋 ；職稱：執行長 ；聯絡電話：04-23593695

電子信箱：ptwendykimo@yahoo.com.tw

物理治療師資歷(至本年度12月底為止)：現有專任 12 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 5 人、兼任 人

工作資歷為不滿2年者有 專任 3 人、兼任 人

具有臨床教師人數： 2 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 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. 獨立執行骨骼肌肉系統物理治療評估與治療 2.** **建立獨立思辨能力**

**3. 主動學習與團隊合作服務精神 4. 協助參與社會公益活動**

**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：  徒手骨科物理治療 | 240 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  工作日 :星期二~六 公休: 星期日 ,一

□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：

**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 | 1~3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： | 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. 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\_\_1\_封

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

口試/面試：□無 ◼有，預計於何時進行？ \_108.3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* + - * 1. 收件截止日期：2月 28 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 |  |  |  |  |  |  |
| C制(18週) | C1 |  |  |  |  |  |  |
| C2 |  |  |  |  |  |  |
| B制(12週) | B1 |  |  |  |  |  |  |
|  | B2 |  |  |  |  |  |  |
|  | B3 |  |  |  |  |  |  |
|  | B4 |  |  |  |  |  |  |
| 組合B制  例: B1+B2 |  |  |  |  |  |  |  |
| A制(6週) | A1 |  |  |  |  |  |  |
| A2 |  |  |  |  |  |  |
| A3 |  |  |  |  |  |  |
| A4 | 1 | 1 |  |  |  |  |
| A5 | 1 | 1 |  |  |  |  |
| A6 | 1 | 1 |  |  |  |  |
| A7 | 1 | 1 |  |  |  |  |
| A8 | 1 | 1 |  |  |  |  |
| 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：台中市西屯區台灣大道4段771號12F
3. 簽約公文負責聯絡人：陳韻秋 聯絡電話： 04-23593695
4. 聯絡人電子信箱：ptwendykimo@yahoo.com.tw

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：人一物理治療所
3. 立合約書人：吳定中

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 V 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 | 需 | V |  |
| 胸腔X光 |  | V | Vv |
| B肝抗原 |  | V | vvv |
| B肝抗體 |  | V |  |
| B肝核心抗體 |  |  |  |
| B肝疫苗施打記錄 |  | V |  |
| 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：

負責老師：

1. 實習報到

日期時間： 報到地點： 人一物理治療所

負責老師：陳韻秋

1. 攜帶文件：

◼體檢報告影本 ◼保險證影本 其他：