

臺大醫院復健部物理治療技術科

109 學年度大學部學生實習手冊



姓名：_____

民國 109 年 7 月 13 日至 110 年 4 月 2 日

臺大醫院復健部 109 年第一次教學委員會議通過 (2020/06/10)

目 錄

實習單位簡介	1
實習名單及排程	
壹、實習學生分組表	3
貳、共同教學課程時間表	4
實習學生實習前準備及訓練	
參、實習說明會	6
肆、實習學生報到及離院須知	7
伍、實習前應具備知識（即學前測驗之範圍）	9
陸、物理治療緊急醫療救護及病人安全相關知識	10
實習計畫及學習指引	
柒、實習目標與計畫	16
捌、實習進程表	27
玖、實習規則	28
拾、學習評量機制(實習成績給分標準)	31
拾壹、雙向回饋機制	35
拾貳、輔導及補強機制	37
拾參、共同教學—病例討論會說明	38
拾肆、共同教學—期刊選讀會說明	42
附錄	
(一) 電子學習資料夾說明	49
(二) 各組參考文獻	51
(三) 實習 Q&A	54
(四) 急性及神經組物理治療常用縮寫	61
(五) 查詢文獻資料相關辦法	64

實習單位簡介

台大醫院設立於西元 1895 年，院址初設於台北市大稻埕，1898 年遷至現址（現稱為西址）；當時為木造建築，1912 年開始進行整建為文藝復興風格之熱帶式建築，於 1921 年完工，是當時東南亞最大型、最現代化之醫院。

1991 年新院區（現稱東址）整建完成，兩院區間由景福地下道通過貫連。現今全院有員工四千餘人，病床二千餘床，每日門診服務量逾六千人次。創建迄今百餘年來，台大醫院培育醫界人才無數，包括醫學院學生、專科醫師、藥師、護理人員及醫療專業人員等，分佈全球各地，頭角崢嶸，表現優異。在醫療服務上，台大醫院的臨床醫療品質更是名聞遐邇，備受國人信賴。

身為國家級教學，台大醫院肩負著教學、研究、服務三大任務。教學方面繼續配合醫學院的課程設計，培育醫學人才，並繼續培訓各類專科醫學人才。研究方面整合研究資源，成立核心研究室，提供同仁最好的研究設備與研究環境。服務方面特別強調以病患為中心的服務導向，強化行政管理，以提供高品質的精緻醫療服務。除了上述三大領域外，台大醫院亦致力推動國際合作。

復健部成立於民國四十七年，是我國最早成立之復健醫療單位，歷經多次組織改制與空間整建，現有復健病房 60 床。1999 年起物理治療組改為物理治療技術科，現有專任物理治療師 32 位，另外台大物理治療學系暨研究所 4 位老師及 1 位外院資深治療師兼任本院物理治療師。

台大醫院相關資料如下：

- 地址：台北市中山南路 7 號(東址)；台北市常德街 1 號(西址)；
台北市中山南路 8 號(兒醫)。
- 電話：總機(02)23123456。緊急連絡電話:0972651068(林居正主任)
- 醫院綜合資料：醫學中心，病床數約 2147 床。
- 復健部物理治療技術科組織架構及各組課程負責人：

職稱	姓名	聯絡電話	電子郵件信箱
復健部主任	陳文翔教授	分機 67650	wenshiang@gmail.com
物理治療技術科主任	林居正教授	(02)33668126	jiujlin@ntu.edu.tw
總治療長	林芳郁治療師	分機 29252824	bolinda1976@yahoo.com.tw
總教學長	林哲玄治療師	分機 29252364	b90408007@ntu.edu.tw
學務企劃長	劉佳欣治療師	分機 66762	justsinging@gmail.com
骨科組教學督導	李松青治療師	分機 65292	songchinglee@gmail.com
神經組教學督導	潘冠碩治療師	分機 66762	panshoa@yahoo.com.tw
小兒組教學督導	林盈蕙治療師	分機 70409	r94428011@ntu.edu.tw
心肺組教學督導	蕭淑芳治療師	分機 65291	hsiao5291@gmail.com
急性神經組教學督導	黃文興治療師	分機 52524	bigbow@gmail.com

- 專任物理治療師：34 位、兼任物理治療師：5 位。
- 平均臨床教師與實習學生比例為 1:2。
- 實習目標：詳見臨床實習基本目標與各專科物理治療實習目標。
- 實習時間：週一~週五 AM 8:00 - PM 5:00 (若無安排教學活動，仍需 8:00 到)。
- 實習地點：東西址及兒醫各病房、兒醫大樓治療室、西址物理治療技術科（復健大樓 1~2 樓，從三西轉入）
- 實習設備：骨科、神經、兒童及心肺物理治療室等各項設備。
- 會議地點：復健大樓 4 樓 415、413 教室、復健講堂（四東復健病房走廊底）、第七講堂（一西轉入）、兒醫 B1 講堂。
- 實習應特別注意事項：
 - (1) 實習開始前應至教學部辦理報到手續，報到時繳交一寸照片辦理識別證，實習結束應辦理離院手續始完成實習。
 - (2) 實習時應遵守醫院之規定，醫院無特殊規定時，以學校規定為原則。
 - (3) 實習前應熟讀基礎專業知識(即學前測驗之範圍)。
- 各組第一天教學活動 (orientation) 為上午 8:00，地點如下：
 - 骨科組：復健大樓 1 樓 115 室(或 2 樓 207 室)；
 - 神經組：復健大樓 2 樓 201 室；
 - 心肺及急性神經組：復健大樓 2 樓 209 室(或 4 樓 413 室)；
 - 小兒組：兒醫大樓 4 樓 P04021 室

教學活動：

- (1) 共同教學課程：包括物理治療技術科之期刊選讀會與病例討論會；與每月第一週星期三上午 7:30-8:30 之復健部專題演講(除七、八、九、二月寒暑假)。
- (2) 小組教學課程。
- (3) 臨床實習教學：由各組臨床實習教學指導老師安排。
- (4) 跨領域教學課程：各項會議依復健部每週行事曆為主，學生視實習組別而參加。
 - 復健部與骨科部聯合病例討論會：每週一次，上午 7:00-8:00。
 - 復健部病房個案共同照護會議：每兩週一次，下午 1:00-1:30。
 - 早期療育病例討論會：每週星期三與星期五，中午舉行。
 - 兒童骨科及復健聯合討論會：每月第四週星期三，中午舉行。
 - 病房心臟復健討論會：每月一次，中午舉行。
 - 早療中心在職教育訓練：每月第一週週五早上舉行。

- 物理治療各室電話分機一覽表：

房間編號	名稱	分機	房間編號	名稱	分機
115	骨科物理治療室一	65292	209	心肺復健暨運動治療室	65291
118	骨科物理治療室二	67564	212	神經物理治療室一	66762
201	神經物理治療室二	67741	306	物理治療辦公室	67033
206	功能鑑定室(二)	67742	P04021	兒醫兒童物理治療室	70409
207	骨科物理治療室三	67740	P04014	兒醫治療師辦公室	70402
208	骨科物理治療室四	67743	408	討論室(學生休息室)	67753

壹、實習學生分組表

109 學年度實習學生名單

梯次 組別	(A1) 7/13-8/21	(A2) 8/24-10/02	(A3) 10/05-11/13	(A4) 11/23-01/01	(A5) 01/04-02/12	(A6) 02/22-04/02
(骨科組)	黃程翌(台) 張慎忻(台) 王奕中(台) 黃樹榮(台) 林芯譚(中) 陳佳琳(高)	丁雨彤(台) 王子恩(台) 孫于婷(台) 路詠貽(台) 張簡卉絜(高) 林宇恩(長)	鄭茜云(台) 劉思欣(台) 蔡思魚(台) 蔡文哲(台) 林家甫(慈) 黃郁翔(高)	林家慶(台) 林宇亮(台) 楊承霖(台) 黃心荷(台) 李柏鋒(長)	蕭季萱(台) 李善鈴(台) 駱愷杰(陽) 顏世如(成) 賴品如(山) 蔡文琇(長)	廖又蓁(台) 彭邕軒(台) 姜宗佑(台) 黃浚瑋(台) 黃熾儒(成)
(神經組)	王子恩(台) 孫于婷(台) 葉忠穎(台) 林家慶(台) 李侑潔(台) 丁雨彤(台) 謝元綸(陽)	黃樹榮(台) 戴孟斌(台) 黃心荷(台) 張慎忻(台) 王奕中(台) 蔡思魚(台) 林芯譚(中) 陳佳琳(高)	廖又蓁(台) 李善鈴(台) 陳柏宇(台) 林稚荃(台) 張纈婧(台) 姜宗佑(台) 林宇恩(長)	蕭季萱(台) 彭邕軒(台) 張怡楦(台) 黃程翌(台) 蕭淇云(台) 趙丞鈞(台) 蔡文琇(長)	林宇亮(台) 路詠貽(台) 蔡文哲(台) 鄭茜云(台) 郭勇德(台) 黃浚瑋(台)	葉宜旻(台) 許靖雯(台) 陳俞佑(台) 劉思欣(台) 楊承霖(台) 林楷鈞(台)
(心肺急神組)	張怡楦(台) 劉思欣(台) 蕭季萱(台) 林楷鈞(台) 張簡卉絜(高) 林宇恩(長)	李侑潔(台) 鄭茜云(台) 趙丞鈞(台) 黃程翌(台) 葉宜旻(台) 林家甫(慈)	王子恩(台) 孫于婷(台) 郭勇德(台) 顏世如(成) 陳佳琳(高)	蔡思魚(台) 陳俞佑(台) 賴品如(山)	張慎忻(台) 林稚荃(台) 張纈婧(台) 蕭淇云(台) 葉忠穎(台) 黃熾儒(成)	路詠貽(台) 陳柏宇(台) 林宇亮(台) 陳珈唯(陽) 香港 1 香港 2
(小兒組)	彭邕軒(台) 戴孟斌(台) 楊承霖(台) 廖又蓁(台)	高佑成(台) 林稚荃(台) 蕭淇云(台) 黃浚瑋(台) 葉忠穎(台) 黃郁翔(高)	李侑潔(台) 林家慶(台) 王奕中(台) 黃樹榮(台) 丁雨彤(台) 林芯譚(中)	郭勇德(台) 李善鈴(台) 張纈婧(台) 姜宗佑(台) 陳柏宇(台) 顏世如(成)	陳俞佑(台) 林楷鈞(台) 葉宜旻(台) 陳珈唯(陽) 李柏鋒(長) 徐信寰(成)	張怡楦(台) 陳鉅承(台) 蔡文哲(台) 黃心荷(台) 趙丞鈞(台) 蔡文琇(長)

註：2020/11/16~11/20 搬家假；2021/2/11 除夕，2021/2/15~2/19 年假。

貳、共同教學課程時間表

類別：J－期刊選讀會（Journal Meeting），C－病例討論會（Case Presentation）

時間：期刊選讀會及病例討論會－ 安排於後三週星期一、二及四上午 8:00-8:50

復健部特別演講－ 每月第一個星期三上午 8:00-9:00（2、7、8、9 月沒有舉辦）

地點：415 教室

A1：2020/07/13~2020/08/21

日期	週次	星期	類別	報告學生	指導老師	主持人
08/03	4	一				
08/04		二	J	張簡卉絜(高)	林哲玄	蕭季萱(台)
08/06		四	C	葉忠穎(台)	N 劉苑玫	張簡卉絜
08/10	5	一	C	黃程翌(台)	O 陳佳琳	張簡卉絜(高)
08/11		二	C	廖又蓁(台)	P 何郁文	葉忠穎(台)
08/13		四	C	黃樹榮(台)	O 陳星宇	黃程翌(台)
08/17	6	一	C	李侑潔(台)	N 劉佳欣	廖又蓁(台)
08/18		二	C	蕭季萱(台)	C 蕭淑芳	黃樹榮(台)
08/20		四				
臨床老師						
林慧芬、陳佩珊、林哲玄、李松青、黃希文、黃建智、嚴筱晴、李庭蓁、林亞蓉、賴芝錦、陳乃鈺、何郁文、黃方沂、許婷元、劉佳欣、王奕雯、李旻昊						

A2：2020/08/24~2020/10/02 (2020/10/1 中秋節放假)

日期	週次	星期	類別	報告學生	指導老師	主持人
09/14	4	一				
09/15		二	C	孫于婷(台)	O 林亞蓉	趙丞鈞(台)
09/17		四	C	林宇恩(長)	O 林慧芬	孫于婷(台)
09/21	5	一	C	鄭茜云(台)	C 滕 婷	林宇恩(長)
09/22		二	C	蕭淇云(台)	P 林盈蕙	鄭茜云(台)
09/24		四	C	王奕中(台)	N 李庭蓁	蕭淇云(台)
09/28	6	一	C	陳佳琳(高)	N 陳乃鈺	王奕中(台)
09/29		二	C	趙丞鈞(台)	A 黃文興	陳佳琳(高)
09/30		三				
10/01		四	中秋節放假			
臨床老師						
林慧芬、陳佩珊、林哲玄、李松青、黃希文、黃建智、嚴筱晴、李庭蓁、林亞蓉、賴芝錦、陳乃鈺、何郁文、黃方沂、許婷元、劉佳欣、王奕雯、李旻昊						

A3：2020/10/5~2020/11/13 (2020/10/10 國慶日放假) (2020/11/16~2020/11/20 搬家假)

日期	週次	星期	類別	報告學生	指導老師	主持人
10/07	1	三	特別演講			
10/26	4	一				
10/27		二				
10/29		四	J	黃郁翔(高)、林家甫(慈)	許婷元	丁雨彤(台)
11/02	5	一	C	劉思欣(台)	O 戴孜玲	黃郁翔(高)
11/03		二	C	王子恩(台)	A 嚴筱晴	劉思欣(台)
11/04		三	特別演講			
11/05		四	C	蔡文哲(台)	O 葉千瑜	王子恩(台)
11/09	6	一	C	林芯譚(中)	P 陳佩珊	蔡文哲(台)
11/10		二	C	林稚荃(台)	N 黃方沂	林芯譚(中)
11/12		四	C	丁雨彤(台)	P 黃希文	林稚荃(台)
臨床老師						
林慧芬、陳佩珊、林哲玄、李松青、黃希文、黃建智、嚴筱晴、李庭蓁、林亞蓉、賴芝錦、陳乃鈺、何郁文、黃方沂、許婷元、劉佳欣、王奕雯、李旻昊						

A4：2020/11/23~2021/01/01 (2020/11/16~2020/11/20 搬家假) (2021/1/1 元旦放假)

日期	週次	星期	類別	報告學生	指導老師	主持人
12/02	2	三	特別演講			
12/14	4	一				
12/15		二	J	李柏鋒(長)、賴品如(山)	陳佳琳	張纘婧(台)
12/17		四	C	林家慶(台)	O 楊靜蘭	李柏鋒(長)
12/21	5	一	C	楊承霖(台)	O 李松青	林家慶(台)
12/22		二	C	李善鈴(台)	P 劉香吟	楊承霖(台)
12/24		四	C	彭邳軒(台)	N 劉苑玫	李善鈴(台)
12/28	6	一	C	蔡思魚(台)	C 林哲玄	彭邳軒(台)
12/29		二	C	張纘婧(台)	P 何郁文	蔡思魚(台)
12/31		四				
臨床老師						
黃文興、蕭淑芳、楊靜蘭、潘懿玲、林盈蕙、林芳郁、滕 婷、陳佳琳、陳星宇、江昶勳、葉千瑜、戴孜玲、葉坤達、劉苑玫、劉香吟、張友俐、潘冠碩、許博閔						

A5：2021/01/04~2021/02/12 (2021/02/11 除夕；2021/2/15~2021/2/19 過年假一週)

日期	週次	星期	類別	報告學生	指導老師	主持人
01/06	1	三	特別演講			
01/25	4	一				
01/26		二	C	張慎忻(台)	A 黃文興	蔡文琇(長)
01/28		四	C	郭勇德(台)	N 陳乃鈺	張慎忻(台)
02/01	5	一	C	顏世如(成)	O 葉千瑜	郭勇德(台)
02/02		二	C	黃浚瑋(台)	N 潘冠碩	顏世如(成)
02/04		四	C	葉宜旻(台)	P 潘懿玲	黃浚瑋(台)
02/08	6	一	C	路詠貽(台)	N 李庭蓁	葉宜旻(台)
02/09		二	C	蔡文琇(長)	O 林芳郁	路詠貽(台)
02/11		四	除夕			
臨床老師						
黃文興、蕭淑芳、楊靜蘭、潘懿玲、林盈蕙、林芳郁、滕 婷、陳佳琳、陳星宇、江昶勳、葉千瑜、戴孜玲、葉坤達、劉苑玟、劉香吟、張友俐、潘冠碩、許博閔						

A6：2021/2/22~2021/4/2 (02/28 和平紀念日放假)

日期	週次	星期	類別	報告學生	指導老師	主持人
03/03	2	三	特別演講			
03/15	4	一	J	黃嫻儒(成) 、陳珈唯(陽)	黃方沂	黃心荷(台)
03/16		二	C	陳俞佑(台)	N 陳佩珊	黃嫻儒(成)
03/18		四	C	姜宗佑(台)	O 賴芝錦	陳俞佑(台)
03/22	5	一	C	張怡萱(台)	P 林盈蕙	姜宗佑(台)
03/23		二	C	林宇亮(台)	A 江昶勳	張怡萱(台)
03/25		四	C	陳柏宇(台)	C 滕 婷	林宇亮(台)
03/29	6	一	C	林楷鈞(台)	N 戴孜玲	陳柏宇(台)
03/30		二	C	黃心荷(台)	P 黃希文	林楷鈞(台)
04/01		四				
臨床老師						
黃文興、蕭淑芳、楊靜蘭、潘懿玲、林盈蕙、林芳郁、滕 婷、陳佳琳、陳星宇、江昶勳、葉千瑜、戴孜玲、葉坤達、劉苑玟、劉香吟、張友俐、潘冠碩、許博閔						

叁、實習說明會

日期：109 年 07 月 10 日(星期五)

時 間	主 講 人	講 習 內 容
復健部臨床實習講習會 地點：兒醫大樓 B1 講堂		
9:00-9:20	總醫師	說明復健部臨床實習應注意事項
9:20-9:40	李俊傑 技士	介紹義肢製造作業過程及使用器械應注意事項
9:40-10:00	林芳郁 物理治療師	介紹物理治療部門作業情形
10:00-10:20	職能治療師代表	介紹職能治療部門作業情形
10:20-10:35	休息	
10:35-10:55	張綺芬 語言治療師	介紹語言治療部門作業情形
10:55-11:15	林瑛釗 護理長	說明復健病房護理作業情形及應注意事項
11:15-11:30	江小萍 管理師	使用公物注意事項
11:30-11:40	林哲玄 物理治療師	物理治療技術科報到及實習說明
A1 開始於復健部實習者	新院區研究大樓 3 樓 教學部 教育組 吳思穎管理師 (請帶 1 吋照片一張 製作識別證)、檢查線上課程紀錄	
A1 開始於復健部實習者	安全衛生室(新院區 AB 棟 B3) 實習登記表核章(貼 2 吋照片) (B 型肝炎免疫情形切結書暨 X 光檢查報告單繳交紀錄, 攜帶 B 肝檢驗相關證明影本, 實習期間達 3 個月(含)以上者, 請加附 X 光檢查診斷書)	
物理治療技術科實習說明會 地點：台大醫院復健部 415 教室		
13:50-14:00	至 415 教室繳交 <u>實習登記表</u> ，統一由總教學長代為核章	
14:00-14:30	楊靜蘭 治療師	病例討論會介紹
14:30-15:00	林慧芬 治療師	期刊選讀會介紹
15:00-15:05	休息	
15:05-15:35	黃文興 治療師	病歷書寫注意事項
15:35-16:05	蕭淑芳 治療師	物理治療緊急醫療救護介紹
16:05-16:45	總教學長、學務企劃長 與各組教學督導	台大學生實習前自我評估與面談
16:45-17:00	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)	

肆、實習學生報到及離院須知

一、教學部與復健部報到程序：

(一)、完成線上基本課程

1. 請於實習報到前完成「台大醫院醫事實習學生線上基本課程」，課程如下：

序號	編號	課程名稱	閱讀時間	線上測驗及格分數	上課對象
1	170846	總院-109 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)	所有學生
2	171530	總院-109 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)	所有學生
3	170890	總院-感染管制基礎教育	30 分鐘以上	有(80 分)	所有學生
4	170844	109 年度基本救命術(BLS)	27 分鐘以上	有(100 分)	所有學生
5	170894	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)	所有學生
6	170888	總院-結核面面觀	30 分鐘以上	有(80 分)	所有學生
7	175724	總院-高齡友善健康照護基礎訓練課程(含成功老化)	45 分鐘以上	無	所有學生
8	174573	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	所有學生
9	168701	總院-醫療品質與病人安全	43 分鐘以上	無	所有學生
10	171822	總院-醫療院所性騷擾問題之預防及處理	81 分鐘以上	無	所有學生
11	171820	總院-醫療機構的個資保護	70 分鐘以上	無	所有學生
12	171818	總院-生命末期關懷	70 分鐘以上	無	所有學生

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)，該帳號同臨床教育e-Portfolio 系統帳號，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，實習首日請至 <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。

(二)、報到當日攜帶文件及流程：

1. 詳填B 型肝炎免疫情形切結書暨 X 光檢查報告單繳交紀錄，攜帶 B 肝檢驗相關證明影本送至安全衛生室(新院區 AB 棟 B3, 分機 63479)於實習登記表(含病患/病歷隱私保密同意書)(貼 2 吋照片一張)上核章(檔案同實習手冊寄出，或於教學部網頁下載 <http://www.ntuh.gov.tw/EDU/education/Lists/List5/AllItems.aspx>)。

【※實習期間達 3 個月(含)以上者，請加附 X 光檢查診斷書】。

2. 繳交實習登記表(含病患/病歷隱私保密同意書)給物理治療技術科總教學長與復健部主任(復健大樓主任室 407)核章後，連同線上課程記錄等三頁裝訂成一份交回教學部吳思穎管理師。

3. 至新院區研究大樓 3 樓教學部教學組(吳思穎管理師，分機 67517)報到領取識別證(1 吋照片一張製作識別證)，請攜帶線上課程紀錄(自行列印完成之「我的課程紀錄」畫面一張)與意外保險投保證明文件(連續實習超過 3 個月者免交)。(註：請先查詢在臺大醫院實習之起訖日，包含 PTC，以便填寫資料)

4. 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。

5. 請注意：第一站開始於復健部實習者於全科實習說明會當天至教學部完成報到並辦理識別證。其他站開始實習者與外國學生則於各站 orientation 結束後辦理識別證。實習期間需佩帶識別證及在期限內完成報到手續，否則該站不算成績。

二、復健部離部程序：於最後一天上午辦理

1. 實習第五週星期三起至第六週星期一上午 9 點前應至 TMS 完成教師教學滿意度及意見調查表。

※若發生 TMS 帳號無法開通的情形，則請依下列方式進行帳號啟動。（進入「台大醫院網站」→點選右上角「員工專區」→點選中間「網路信箱」→點選下方「網路帳號與電子郵件服務」→選擇「第一次使用請執行（啟用本院 NTUH 信箱）：電子郵件帳號啟用與電子郵件別名選擇作業」，填寫「臺大醫院 電子郵件 帳號啟動服務」）。

2. 暫時離開復健部，前往他院實習後會再回到台大復健部，或離開復健部前往物理治療中心繼續實習者，只需辦理離部程序，不需辦離院程序。
3. 完成個人之學習資料夾（務必詳見附錄一之說明）；
4. 完成物理治療技術科實習學生離站手續確認單手續，請各老師確認核章。

三、台大醫院離院程序：於最後一天上午辦理

1. 即將結束於台大醫院實習者於復健部每站實習結束，請辦理離院手續。**跨學年度實習者仍須於前一學年度結束時辦理離院手續，新一學年度重新辦理報到。**
2. 完成個人之學習資料夾（務必詳見附錄一之說明）；為落實病人隱私權，學習資料夾內不可留有病人姓名、病歷號、生日等足以辨認身分之訊息。
3. 離院前 2 天完成物理治療技術科實習學生離站手續確認單，請各老師確認核章後，繳交給物理治療技術科學務企劃長（請假時由總教學長代理）蓋章。
4. 填妥台大醫院醫事實習學生離院手續單（至教學部網頁下載列印），連同識別證一起繳交給物理治療技術科總教學長（請假時由學務企劃長代理）代為核章，於實習最後一天下午自行至教學部辦理離院手續及填妥實習證明郵寄信封，以憑核發實習證明。前述信封、離院手續單可至教學部索取，或至本院教學部網頁下載列印離院手續單。

※ 學習資料夾完成後可匯出自行存檔。

※ 尚須補實習之實習生不得先行辦理離院手續，須待所有實習時數補修完畢後方可辦理。實習成績也於實習時數補修完畢後才會送交校方。

※ 若外校學生校方要求實習證明，請學生自行準備校方給予之表單填寫並交給指導老師確認核章後繳交給物理治療技術科總教學長（請假時由學務企劃長代理）蓋章。

四、聯絡資訊：

1. 報到事宜諮詢：教學部吳思穎（東址研究大樓 3 樓，02-23123456 轉 67517）。
2. 體檢報告繳交諮詢：安全衛生室劉小姐（東址 AB 棟地下 3 樓，02-23123456 轉 63479）。
3. 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>。

伍、實習前應具備知識（即學前測驗之範圍）

一、骨科組

1. 各部位解剖構造、評估方式、儀器使用方式及操作。
2. 參考文獻：Magee DJ. Orthopedic physical assessment.W.B. Saunders Co., 2002

二、神經組

1. 縮寫：請見附錄。
2. 神經評估操作，參考文獻：(1) 林光華。神經物理治療學上冊，第四章神經物理治療評估。台北：禾楓書局有限公司；2010；4-1~4-50。 (2) 呂麗華。物理治療師實習手冊（一）神經疾病物理治療學。第三篇神經物理治療之一般性檢查。台中：華格納企業有限公司；2009：51-103。

三、小兒組

主要參考文獻：廖華芳。小兒物理治療學。第三版。台北：禾楓書局有限公司；2011。

1. 正常知覺與動作發展(第二章)。
2. 了解常用評估工具特性、內容與分數解釋：CDIIT、EIDP、PEDI、GMFM、PDMS-2、Movementt ABC-2(第三章)。
3. 常見疾病與診斷：腦性麻痺與發展遲緩/智能不足(第九、十章)。
4. 居家照護與基本介入技巧 (第十五、十六章)。

四、心肺組

主要參考文獻：吳英黛編著。呼吸循環系統物理治療：基礎實務（第二版）。台北：金名圖書，2010。

1. 應停止運動的徵候。
2. 加護病房之管線。
3. 縮寫與相關血液檢查數值。
4. 肺功能報告。

五、急性神經組

1. 縮寫：請見附錄。
2. 神經評估操作，參考文獻：
 - (1) 林光華。神經物理治療學上冊，第四章神經物理治療評估。台北：禾楓書局有限公司；2010；4-1~4-50。
 - (2) 呂麗華。物理治療師實習手冊（一）神經疾病物理治療學。第三篇神經物理治療之一般性檢查。台中：華格納企業有限公司；2009：51-103。

陸、物理治療緊急醫療救護及病人安全相關知識

一、復健部臨床警訊 CAS(clinical alarm system)：病患身體不適，例如胸悶、胸痛、喘、頭暈、意識模糊、昏倒、跌倒

1. 呼叫復健部臨床警訊電話 67650, 67651。請說「這裡是 2 樓 209 治療室，我們有一名 5W3-2 床住院病患身體不適，想吐，意識模糊，需要醫師處理，聯絡電話為 65291」。或「這裡是 2 樓 209 治療室，我們有一名門診病患不小心滑倒，臉手出血，需要醫師處理，聯絡電話為 65291」。
2. 通報同仁應留在現場直到支援人員到達。
3. 如果病人不需要推床或急救設備，請於電話中說明。請協同指導老師確認病人狀況。
4. 如在兒醫大樓的小兒治療室，發生兒童事故，請撥 70305，請說：「這裡是小兒物理治療室，我們有一名 1 歲小孩不慎擦傷臉頰，需要醫師處理，聯絡電話為 70409」。之後再撥 67650，67651 向主任室報告。請協同治療師將兒童送至 3 樓門診治療中心。
5. 在兒醫大樓的小兒治療室，發生成人事故，請撥 70401，由早療行政人員協助處理。
6. 事後須進行異常事件通報。

二、病患出現未預期的心肺停止

1. **確定病患無意識、沒有心跳呼吸**，尋求第三人協助，可大聲呼救。記下發生之事件與時間。並開始基本救命術。
 - a. 請第三人撥「9595」通知院內緊急醫療小組。告知「地點、事件、聯絡電話」，如：「這裡是西址復健大樓 2 樓 209 治療室，我們有一名病患失去意識，沒有心跳呼吸，聯絡電話為 65291」。
 - b. 如在兒醫大樓小兒治療室，撥「9595」時請說：「這裡是兒醫大樓 4 樓小兒物理治療室，我們有一名 5 歲病患失去意識，沒有心跳呼吸，聯絡電話 70409」。
 - c. 公務手機請撥 29269595。
2. 第三人打完電話後，隨同第二人進行醫療人員基本救命術。
3. 請第四人繼續以電話通知住院患者之病房護理站，或門診病患之復健部之主治醫師。
4. 後續處置由緊急醫療小組進行。
5. 推床、AED、急救箱、血氧計與氧氣桶放置於 209 室內。各治療室內均有血壓計。

三、新版 成人、小孩及嬰兒民眾版心肺復甦術 摘要

新版 成人、小孩及嬰兒民眾版心肺復甦術 摘要				
步驟/動作 (叫、叫、C、A、B)		成人 ≥8 歲	小孩 1-8 歲	嬰兒 <1 歲
確認現場安全		確認環境不會危及施救者和患者的安全		
(叫)確認意識		無反應		
(叫)求救， (如果有 AED，設法取得 AED， 進行去顫*) 聽從 119/9595 執勤人員指示		先打 119/院內 9595 求援(手機打 119、 112)，立即 CPR	先打 119/院內 9595 求援 (只有一個人時，先進行五個循環約 2 分鐘的 CPR 再打電話求援)	
CPR 步驟		確認呼吸狀況：沒有呼吸或幾乎沒有呼吸		
		C_A_B		
(C) 胸部按壓 (Compressions)	按壓位置	胸部兩乳頭連線中央		胸部兩乳頭連線中央 之下方
	用力壓	5 至 6 公分	至少胸廓深度 1/3， 勿超過 6 公分	至少胸廓前後徑 1/3
	快快壓	100-120 次/分鐘		
	胸回彈	確保每次按壓後完全回彈		
	莫中斷	儘量避免中斷，中斷時間不超過 10 秒		
若施救者不實施人工呼吸，則持續作胸部按壓				
(A)呼吸道 (Airway)		壓額提下巴		
(B)呼吸 (Breaths)		吹兩口氣，每口氣 1 秒鐘，可見胸部起伏		
按壓與吹氣比率		30 : 2		
		重複 30 : 2 之胸部按壓與人工呼吸，如有會操作 CPR 人員協助時， 每 5 個循環（約 2 分鐘）換手一次，直到醫療救護人員到達或患 者開始有動作或有正常呼吸為止。		
*(D)去顫 (Defibrillation)		儘快取得 AED		
自動心臟電擊去顫器 (AED)		使用成人 AED 及電擊 貼片	優先使用兒童 AED 及電擊貼片；如果沒有， 則使用成人 AED 及電擊 貼片	如果沒有可以使用手 動電擊器的救護人 員，則使用兒童 AED 及電擊貼片；如果仍 沒有，則使用成人 AED 及電擊貼片

2015 民眾版心肺復甦術參考指引摘要表 衛生福利部於 105 年 5 月 19 日修訂

四、消防安全

1. 聽到火警警鈴時，先聽廣播(紅色＋號碼＋地點：1 號表待確認或警戒，2 號表示局部，9 號表示全院緊急狀況)，查問題並回報。
2. 若發生火災緊急事件時處理程序為 RACE: 救人 (rescue)、按警鈴 call 55555 (alarm)、關門 (contain)、滅火疏散(extinguisher, evacuate)，依照現場最高指揮官指揮，並協同疏散病患；復健大樓一樓病人及工作人員可視情況疏散至一樓花園或公園路出口，二樓病人及工作人員可走 A、B 樓梯或斜坡疏散至一樓花園或公園路出口(先水平再垂直)，若有行動不便之病人，依據現場最資深治療師指揮協同疏散。兒醫四樓先疏散危害區域（兒醫復健部）到相對安全區（兒童心理衛生中心）。平行疏散後，如果還有環境的危險，按照現場指揮指示最後疏散到一樓大門前集合點名。
3. 二樓在201及212室外面走廊皆有滅火器，二樓207室有防煙面罩，每一樓走廊旁皆設置有警鈴。兒醫物理治療室外右手邊有滅火器，兒醫兒童語言治療室(三)旁有消防栓及警報裝置。

五、感染控制

1. 每人皆需藉由 TMS 系統上感染控制課程
2. 洗手 5 時機為：(1)接觸病人前，(2)執行乾淨/無菌操作技術前(3)暴露病人體液風險後(4)接觸病人後(5)接觸病人週遭環境後。
3. 手上若有明顯髒污或傷口、或接觸到無套膜的病毒如腸病毒、A 型肝炎病毒及具有芽孢之細菌如困難梭狀桿菌(Clostridium difficile)、阿米巴原蟲等，無法用乾洗手液消毒，皆需用洗手液洗淨。
4. 治療室皆有提供洗手槽及洗手液清洗，於入口處及室內各處皆有提供乾洗手液消毒，在使用接觸性且可消毒的器材時，請先用乾洗手液消毒；除此超音波治療儀的旁邊也置有乾洗手液可供消毒超音波治療頭。
5. 每治療完一病患後皆需洗手或用乾洗手液消毒；手上若有傷口，請勿用乾洗手消毒，並戴上手套治療病患。
6. 學生若有發燒情況，請立即通知指導老師，並依本院發燒監測流程通知單位體溫監測通報負責人和主管，並戴上口罩，儘速就醫並請假休息。

六、緊急事件

1. 9595：發現病人呼吸/循環停止，立即告知最近的臨床指導老師或同學 call9595。
2. 臨床警訊：如果病人出現昏倒、明顯且出現異於平常的喘、胸悶、意識不清等情況，應通報主任室 67650”臨床警訊”。
3. 若是病人情況穩定，但需要醫護人員協助評估，先告知臨床指導老師，可以 call 主任室來協助評估處理。

七、異常事件：

1. 若是病患跌倒，立即告知臨床指導老師，於 24 小時內完成 portal system 之異常事件通報。
2. 病人若有受傷，可請指導老師陪伴病人到門診給護理人員處理或是合乎「臨床警訊」原則，則進行臨床警訊通報程序。

八、醫院重要政策規範相關知識

IPSG (International Patient Safety Goals)

國際病患安全目標

1. 病人安全國際目標: ①正確辨識病人②促進醫療團隊有效溝通③提升用藥安全④確保病人/術式/部位正確⑤降低醫療相關感染風險⑥減少病人跌倒傷害
2. 易跌病人風險辨別標示: 凡跌倒評估結果 ≥ 3 分者, 辨別標示有: ①portal 之 patient list 註記為「!」②手圈註記「跌」③床頭貼有「不倒翁」貼紙

PFR (Patient and Family Right) 病患與家屬的權利

1. 不施行心肺復甦 (DNR) 之簽署: 淺綠色底色
2. 臨床試驗: 淺藍色識別貼紙
3. 病人隱私: 治療、處置時, 有拉起圍簾

AOP (Assessment of Patients) 病人評估

疼痛初始評估時機及疼痛指數(intensity)評估工具: ≥ 1 歲(0-10 分):

1. 可以表達者用-長條圖/臉譜圖
2. 無法表達者用-「台大醫院客觀疼痛評估表」
3. <1 歲-「嬰兒及新生兒疼痛評估表」(0-7 分)

COP (Care of Patients) 病人治療

治療計畫: 可量化的治療目標(measurable goal)

PFE (Patient and Family Education) 患者與家屬的教育

1. PFE 單張: ①要評估(Do assessment)、②要指導(Educate patient/family)、③要評值(Evaluate effectiveness)、④要記錄(Record document)

QPS (Quality Improvement and Patient Safety)

1. 員工電子報、電子郵件及簡訊、品管中心網頁、KM 系統等通知重要品質與病人安全訊息。
2. 病人/訪客建言管道: (1)訪客意見箱(2)電話 (2356-2877) (3)傳真(4)電子信箱(5)郵寄信函(6)現場建言。
3. 單位品管指標: 病人跌倒發生率 $<0.001\%$ 。
4. 警訊事件: ①病人發生非預期的死亡(例如自殺)、②非自然病程的永久性功能喪失、③手術病人、部位錯誤、術式錯誤、④新生兒誘拐或抱錯嬰兒。
5. 不良事件(Adverse Event): 傷害事件並非導因於原有的疾病本身, 而是由於醫療行為造成, 需要額外的醫療照護、延長住院時間、或在離院時仍帶有某種程度的失能、或病人死亡。
6. 跡近錯失(Near Miss): 可能導致意外、傷害或疾病, 但由於不經意或及時之介入, 而使其並未真正發生的事件或情況。

PCI (Prevention and Control of Infections) 感染預防與控制

1. 洗手設備: 設有吊掛擦手紙; 設有一般性及消毒性洗手液, 分裝之消毒性洗手液有標示起迄日
2. 無菌醫材、儀器、被服放置:
 - (1)乾淨被服架最底層不可鏤空(可加塑膠墊), 底層離地 15 公分且需有防塵套。(207)
 - (2)無菌品應放於有蓋/有門之櫃內或有防塵套之層架內
3. 治療車、工作車: 無灰塵
4. 環境消毒漂白水之使用:
 - a. 漂白水有加蓋且避光儲放
 - b. 分裝有註明濃度(原液為 6%)且盛裝於避光容器中
 - c. 1:100 稀釋後之漂白水溶液(0.06%)有限當日使用, 若使用開放容器盛裝, 至少每 4 小時有

更換，並加註日期

- d. 若遭噴濺眼睛，知道應立刻以大量清水沖洗 15 分鐘以上
- e. 同仁皆知道最近洗眼器的位置並知道如何使用，洗眼器位於復健大樓四樓走道中央廁所中，兒醫洗眼器位於三樓內視鏡室
- 5. 口罩配戴原則：瞭解戴外科口罩及 N95 口罩使用時機，連續使用不超過 4 小時
- 6. 商場管制：
 - (1) 知道工作人員著手術衣、特殊工作服、隔離衣者不得進入商場
 - (2) 知道著手術衣、吊掛點滴、有引流管之病人勿進入商場
 - (3) 知道有發燒、咳嗽、腹瀉之病人勿進入商場
- 7. 空調出口：中央空調出風口及回風口每半年請工務室清潔，並留有紀錄備查
- 8. 飲食原則：
 - (1) 醫療工作區域(含實驗室及庫房)無放置食物及含糖飲料
 - (2) 醫療用冰箱不放置食物

GLD (Governance, Leadership, and Direction) 治理、領導和管理

願 景：健康守護，醫界典範

使 命：秉承優良傳統，培育卓越人才，發展前瞻性的研究提供高品質與人性化醫療，樹立醫界典範

價 值：生命無價，健康至上

定 位：世界第一流的大學醫院

核心價值：正直誠信，創新卓越，團隊合作，健康尊嚴

FMS(Facility Management and Safety) 設施管理與安全

- 1. 髒污、血漬、坑洞之區塊牆：牆面平整乾淨、無坑洞滿佈
- 2. 消防設備管理：乾粉滅火器壓力正常，指針在標示綠色的正常範圍內
- 3. 乾洗手液設置：
 - (1) 設置位置無靠近電源、電燈開關，有距離 15 公分以上
 - (2) 下方至地面範圍內，無開關及插座
 - (3) 旁邊貼有「請注意！兒童請勿站在下方，以避免噴到眼睛」之警語
 - (4) 放置位置不影響交通動線(如病床進出)
- 4. 醫療儀器故障處理：緊急狀況-上班時間 call 61434；非上班時間 call 55555；
- 5. 乾洗手液：不可有庫存
- 6. 備有高壓氣體鋼瓶（O₂、CO₂）之場所：
 - (1) 鋼瓶內氣體成份須清楚標示，空瓶亦有標示，同時標示流量對照表
 - (2) 存放需保持直立並固定(大鋼瓶要有雙鏈固定、小鋼瓶要有架)，以免傾倒
 - (3) 鋼瓶應有水環、流量時間對照表及相關標示
- 7. 水銀溢灑：(1) 備有水銀濺漏處理工具包
(2) 瞭解可依內附之「水銀濺漏處理作業程序」進行清理
- 8. 緊急狀況通報與代號：
 - 5555;火警：紅色＋號碼＋地點
 - 危害物質：橘色＋號碼＋地點
 - 大量傷患：棕色＋號碼＋地點
 - 嬰兒失竊：粉紅色＋地點
 - 需要急救病人：9595＋地點
 - 1 號：待確認或警戒
 - 2 號：局部
 - 9 號：全院緊急狀況

9. 火災、地震應變及逃生相關資訊:

(1)聽到火警警鈴時，如何反應:聽廣播、查問題、速回報

(2)發生火災時的應變處理程序

R (Rescue)：救人

A (Alarm)：按警鈴、55555

C (Contain)：關門

E (Extinguish, Evacuate)：滅火、疏散

(3)最近滅火器/火警報知機設備位置

(4)最近逃生路線

(5)滅火器位置：118 室、201 室外面門口、209 室外面門口、2 樓走廊中間；
兒醫物理治療室外右手邊。

(6)消防手動警報裝置位置：

復健大樓 1F：115 室和 117 室之間的牆面；

復健大樓 2F：09、201 室外面牆面。

兒醫：兒童語言治療室(三)旁



(7)火災通報廣播系統位置(復健大樓 1 樓櫃檯)。

(8)地震安全守則：迅速在堅固之樑柱、傢俱或桌子下躲避，並保護頭部並抓住固定物，採取「蹲下、掩護、穩住」安全避難姿勢。



- 不要冒然往外跑，免遭落物擊傷。必要時地震後再疏散。
- 遠離窗戶、玻璃及易碎物、高處重物及化學品，以免物品掉落受傷。
- 如果正在使用火，將火熄滅。
- 勿使用電梯。
- 如果時間許可，將門打開，以免變形卡死，後續無法逃生。
- 院內緊急通報專線 55555

柒、實習目標與計畫

一、基本目標

學生經實習後，應具備急性與慢性之神經系統、肌肉骨骼系統、呼吸循環系統及小兒疾患之獨立評估與治療能力，且具備從事物理治療專業之各項特質。

甲、專業技巧

1. 在評估病人或與病人面談之前，先查閱病歷並收集必要的資料。
2. 可獨立執行基本的評估與物理治療技巧。
3. 治療前向病人說明將執行的治療及其目的。
4. 執行評估及治療時，注意病人的安全。
5. 不能獨立治療病人時，會尋求老師或其他人的協助。
6. 其他詳細之評估、治療技術依各專科之要求。

乙、專業特質

1. 在進退應對上，能適度地控制自己的情緒。
2. 主動尋求學習的機會以增加自己的技能及知識。
3. 適當的維持專業特色。
4. 尊重並維護病人的隱私權。

丙、溝通能力

1. 能依據評估及治療結果撰寫正確及適當之物理治療記錄。
2. 能適當地自我介紹、並介紹物理治療。
3. 能專注地聽病人及其家屬的傾訴，並具備同理心。
4. 能幫助病人及其家屬建立適當的期望。
5. 適當地使用並了解自己或他人的身體語言。
6. 以互相尊重的態度與其他人員作有效的溝通。

丁、行政管理

1. 能按時繳交病歷及各項報告。
2. 注意治療環境的整潔與安全，並負起維護的責任。
3. 能夠負起工作機構賦予的所有責任，包括與工作團隊中的其他人員保持聯繫，處理緊急狀況或任何公共的事情。
4. 配合需要，調整工作步調。
5. 遵循臨床及行政的政策與程序。
6. 有效率地利用空檔時間。
7. 能在老師協助之下向相關人員說明有關各項保險、社會福利等的基本規定。

二、專科目標與計畫

(一) 肌肉骨骼疾患物理治療實習目標

1. 能了解與應用骨骼肌肉系統疾患物理治療相關之基本與臨床醫學常識。
2. 能對臨床常用的檢查有基本的認識與了解，包括影像檢查如 X 光、骨骼肌肉系統超音波、神經電學檢查。
3. 能適當操作下列基本設備與器材：超音波、短波、熱敷、臘療、水療、牽引設備、各種電刺激治療儀器、運動治療相關器材設備。
4. 能獨立執行並完成骨骼肌肉系統疾患之基本臨床評估，包括問診、觀察、觸診、upper/lower quarter screening examination、關節活動度量測、肌肉功能(柔軟度、肌力、耐力)測試、選擇性張力測試(selective tissue tension test)、神經學測試、特別測試及功能測試、步態分析等。進而獨立執行本科兩大類病患包括肩部及脊椎疾患之評估。
5. 根據檢查結果，會運用國際功能分類系統模式(ICF model)分析肌肉骨骼疾患的問題，並具合理的臨床推理邏輯。
6. 根據相關之物理治療原理或理論，施行下列治療之基本技術，包括關節及軟組織鬆動術、肌力訓練、耐力訓練、牽拉運動、核心穩定運動及功能性訓練。
7. 具備實證執業的基本能力，包括會檢索醫學資料庫、整理相關醫學文獻資料、引用適當的實證資料或臨床指引，解答臨床問題及運用到病人的治療計畫。

◎ 骨科組實習計畫 ◎

期間	課程目標	課程內容
第一週	1. 瞭解骨科實習計畫內容與治療環境、照會流程	骨科實習課程介紹、環境介紹、行政流程、感染控制、消防安全與臨床警訊等緊急事件處理流程
	2. 安全操作治療室內所有的儀器與設備	儀器操作講解、示範與實際操作 DOPS 評量
	3. 熟悉電子病歷	電子病歷介紹
	4. 瞭解學生的基本能力	學前測驗
第二週	1. 對於臨床常用的檢查報告如 X 光、超音波、神經電學檢查有基本的認識與了解	運用 portal 系統查詢臨床常用的檢查報告，並且講解其臨床意義
	2. 複習相關檢查與測試，實際運用於病人	問診技巧練習 複習相關檢查與測試，實際運用於病人
第三週	1. 完整並正確執行肩部疾患評估	完成至少一份肩部疾患之評估與病歷書寫。
	2. 完整並正確執行腰部、頸部疾患評估	完成至少一份脊椎疾患之評估與病歷書寫
	3. 了解學生臨床評估能力	Mini-CEX 評量
	4. 了解學生學習狀況	期中評估
第四週	1. 依據評估結果，整合病人的動作障礙問題與臨床推理能力	ICF model 之介紹與臨床運用 監督下執行物理治療評估，訂定治療目標
	2. 能執行基本之操作治療	監督下執行骨科操作治療
第五週	1. 運用各種不同之運動方式執行運動訓練計畫	利用 SET 或其他運動設施或不同之彈性阻力器材來執行運動計畫
	2. 完整執行物理治療計畫內容包括運動計畫之執行	臨床個別個案討論不同種類病人之評估和運動計畫擬定
第六週	1. 檢索相關醫學文獻資料，利用實證醫學討論特殊的臨床問題或文獻上最新的疾病治療計畫	分組專題報告
	2. 獨立執行完整的病人評估、擬定治療計畫、目標與獨立執行治療與衛教	執行不同種類病人之評估與治療 Mini-CEX
	3. 了解治療環境/器材清潔方式	實地執行治療環境/器材清潔
	4. 了解學習成效	期末評估 學後測驗

(二) 神經疾患物理治療實習目標

1. 能熟悉神經物理治療相關之基本與臨床醫學知識。
2. 能遵守感染原則與方法，了解並配合病房或門診之作業流程。
3. 能適當操作下列基本設備：各類神經肌肉電刺激器、轉位輔助器、輪椅、助行器等輔具、支架、跑步機、傾斜床、平衡訓練儀、平行桿、運動訓練輔助器（如沙包、彈性帶、滑輪）、部分輔助行走系統等。
4. 能對相關的臨床檢查結果的其中 1 項所代表之意義有基本的認識與了解，包括電腦斷層掃描檢查、核磁共振顯影、血管攝影或一般檢驗(如：血球計數、血糖、抗藥性菌株培養結果等及其它)等。
5. 能獨立執行並完成下列其中 2 項以上疾病患者之臨床評估。
(1) 病患種類：腦血管病變、周邊神經病變、其它中樞神經系統病變（如：脊髓損傷、頭部外傷、退化性病變、腫瘤等外科手術後住院期）；及需要物理治療照護之其它科病患：如腫瘤、癌症、感染科、燒燙傷等疾患。(2) 臨床評估：病史、意識狀態、肌肉張力、反射、動作控制能力及型態、中風病人之動作恢復期、各種感覺、平衡能力、協調、肌力、關節活動度、運動功能狀態、步態等之評估。
6. 能整合評估結果，列出病患之問題；過程中應具備與相關之專業人員、病患及病患家屬有效溝通之能力；訂定長、短程治療目標與計畫；並能評估療效。
7. 能根據相關的物理治療原理或理論：玻巴斯、路德、布朗斯壯、本體感覺誘發、工作取向、動作控制、動作學習、生物力學、神經生理、與肌動學，施行下列治療之基本技術：
 - (1) 各種正確擺位的指導
 - (2) 被動關節運動指導
 - (3) 床上活動能力訓練
 - (4) 轉位能力訓練
 - (5) 坐與站之平衡訓練
 - (6) 步態訓練
 - (7) 肌力訓練
 - (8) 協調能力訓練
 - (9) 輪椅及其他輔具操作之訓練
 - (10) 神經誘發技術施行
8. 依據病情及病患的家庭和社會支持系統，協助擬定有關的後續計畫，包括：
 - (1) 擬定書面並指導病患居家物理治療計畫項目。
 - (2) 給予病患家屬及看護者的居家物理治療訓練。
 - (3) 提供輔具諮詢。
 - (4) 提供居家或社區物理治療轉介之諮詢。

◎ 神經組實習計畫 ◎

期間	課程目標	課程內容
第一週	1.瞭解物理治療病人照護之流程和實習須知	orientation
	2.了解及安全操作治療內所有的儀器與設備	儀器操作講解、示範
	3.瞭解神經物理治療病人病歷書寫事項	臨床神經各式病歷評估表講解及基本評估介紹
	4.實行並瞭解神經物理治療病人基本的床上活動	神經疾患床上活動介紹
第二週	1.在指導老師監督下，執行住院或門診之神經病人物理治療評估	臨床示範神經病人物理治療評估
	2.正確及安全的執行病人的床上活動及轉位技巧	轉位技巧介紹
	3.了解實證醫學及其報告方式	實證醫學報告介紹
第三週	1. 整合病史與檢查測試資訊，列出病人主要問題	臨床神經病人病歷和檢查結果判讀討論
	2.了解及安全的執行神經疾患於坐姿及站姿時的訓練	神經疾患於坐姿及站姿時的訓練活動介紹
	3.了解基本的 brain-MRI 判讀	基本 Brain MRI 教學
	4.瞭解中風病人之肩部問題及其治療目標和方法	中風病人之肩部問題及其治療目標和方法介紹
	5.了解學習成效	期中評估，Mini-CEX
第四週	1.整合病人所有問題，擬定其復健目標和治療計劃	1.臨床個別個案問題討論，分析其復健目標和治療計畫
	2.在指導老師指示下執行物理治療計畫內容	2.SCI 病人利用 ASIA 分類之預後評估
	3.了解神經疾患之行走訓練	臨床示範神經病人物理治療計畫執行 神經疾患之行走訓練
第五週	1.完整且獨立執行物理治療計畫內容，包括 home program 的指導	臨床個別個案討論計畫內容
	2.熟練臨床神經各式病歷評估表及基本評估	臨床個別討論評估法
	3.了解中風病人的治療球訓練	中風病人的治療球訓練
	4.在指導老師指示下執行應用 PNF 於神經疾患之行走訓練	PNF 於行走訓練之應用
第六週	1. 獨立執行完整的病人評估、擬定治療計畫、目標與治療	臨床個別個案討論不同種類神經病人之評估和其治療計畫擬定、目標與治療的適切性
	2. 獨立執行治療與衛教	臨床個別個案討論病人衛教的適切性
	3. 了解學習成效	期末評估、學後測驗，Mini-CEX
	4.可檢索相關醫學文獻資料並利用實證醫學之方式了解特殊臨床問題	專題報告及討論

(三) 小兒疾患物理治療實習目標

1. 能熟悉兒童疾患物理治療相關之基本與臨床醫學知識，並具備兒童發展與評估概念。
2. 能觀察生命跡象（包括心跳、呼吸、血氧），並把握安全照護原則。
3. 能在監督下執行並至少完成下列兩種疾病患者之病史收集、說出並正確執行應檢查項目，可依檢查結果，判斷是否異常。
 - (1) 病患種類：腦性麻痺兒童、身心發展遲緩兒童。
 - (2) 臨床評估：使用「兒童物理治療評估報告」，著重知覺動作功能及以下三種發展評估量表之其中一種(篩檢評估量表、診斷評估量表、介入評估量表)，並會觀察及描述兒童於不同情境之行為表現。
4. 能整合評估結果，家長期待與家庭需求，列出病患之主要問題；過程中應具備與相關專業人員、病患及病患家屬有效溝通之能力；訂定長、短程治療目標與計劃；並能評估療效。。
5. 能根據相關的物理治療原理或理論，施行下列基本執業能力。
 - (1) 熟悉兒童物理治療理論或模式：應用兒童動作發展理論、行為改變技術理論、動作控制及學習理論、個案處理模式、國際功能分類系統模式(ICF Model)、實證執業(Evidence-based practice)於解決個案的臨床問題，並能將以家庭為中心的服務理念實施於治療中。
 - (2) 執業能力：包括直接治療、間接治療與諮詢、及撰寫病歷。直接治療如感覺處理技術、誘發技術、發展增進技術、使用小兒物理治療設備與輔具等等；間接治療如教導居家訓練技術、親職技巧、促進環境因素等。並會選擇、調整與建議適當之輔具等。

◎ 小兒組實習計畫 ◎

期間	課程目標	課程內容
第一週	1.瞭解物理治療兒童疾患照護之流程與病歷書寫	環境介紹、課程簡介、臨床警訊等緊急事件處理流程、消防安全相關事宜、感染管制注意事項、病歷書寫說明
	2.熟悉臨床醫學知識與具備兒童發展與評估概念	依臨床兒童狀況以及查閱病歷解釋發展年齡及發展狀況
	3. 能觀察生命跡象（包括心跳、呼吸、血氧），並把握安全照護原則	依兒童當時生命跡象判斷是否可接受物理治療
第二週	1.瞭解學生基本能力	學前測驗
	2.熟悉評估工具使用與監督下執行評估	評估工具介紹：CDIIT、EIDP、AIMS、GMFM-66 (新版)、PDMS-2、Movement ABC-2
	3.在指導老師監督下，執行腦性麻痺兒童或身心發展遲緩兒童之評估	評估流程與病歷書寫
	4.監督下執行物理治療計畫	Mini-CEX
第三週	1.瞭解學生學習狀況	期中評估
	2.能熟悉床邊兒童物理治療相關疾病之醫學知識，並對相關的臨床檢查與實驗室檢查結果有基本的認識與應用	依臨床兒童狀況說明臨床檢查之意義與應用
	3.評估工具實際施測與結果解釋、監督下執行評估與施行基本執業能力	實地執行評估流程並使用評估工具完成一份兒童物理治療評估報告
第四週	整合評估結果列出問題、撰寫物理治療評估報告與監督下施行基本執業能力	監督下執行物理治療計畫，訂定治療目標
		監督下可完成間接治療：居家訓練技術教導與基礎衛教能力
第五週	1.訂出目標與計畫、撰寫物理治療評估報告與監督下施行基本執業能力	完成二至三份初評病歷與二至三份再評病歷
	2.監督下可完成直接/間接治療	Mini-CEX
	3.可依個案狀況正確使用輔具與治療設備	DOPS、技能檢核
第六週	1.監督下施行評估與基本執業能力	不同種類病人之評估與依相關理論進行物理治療介入
	2.了解治療環境/器材清潔方式	實地執行治療環境/器材清潔
	3.了解學習成效	期末評估、學後測驗、交回學習紀錄單

(四) 心肺疾患物理治療實習目標

1. 能熟悉環境、緊急事件處理流程、消防安全相關事宜、個人防護用品之使用、病歷紀錄相關事宜
2. 能熟悉呼吸循環系統疾患物理治療相關之基本與臨床醫學知識。
3. 能操作下列基本設備：肌功器(跑步機、腳踏車)、血氧計、氧氣設備、血壓計、心電圖設備、重量訓練器材。
4. 能對相關的臨床醫學檢查結果所代表之意義有基本的認識與了解。
 - (1) 一般檢驗
(如：血球計數、血脂肪等)
 - (2) 肺功能測試
 - (3) 動脈血之氣體分析
 - (4) 胸腔放射線檢查
 - (5) 心電圖
 - (6) 心導管檢查
 - (7) 超音波心臟診斷
 - (8) 動態心肺功能檢查(運動測試)
5. 能獨立執行並完成下列疾病患者之臨床評估。

病患種類：

 - (1) 住院病患：心臟內外科患者(如：急性心肌梗塞、冠狀動脈繞道手術、瓣膜置換手術、心臟移植等)；胸腔內外科患者(如：慢性阻塞性肺疾病、肺炎、肺部手術、呼吸衰竭、肺臟移植等)；需呼吸照護、心肺耐力訓練之其他科患者(如：腹腔手術後患者、癌症患者等)
 - (2) 門診患者：呼吸循環系統疾患及其他需呼吸照護、心肺耐力訓練之患者。
6. 臨床評估：胸腔評估(如：視診、聽診、觸診、呼吸型態、咳嗽能力、痰液評估)、體溫、心跳、呼吸頻率、血壓、一般功能活動評估(如：6分鐘行走測試)、運動反應等。
7. 能整合評估結果，列出病患的問題；訂定長、短程治療目標與計劃；過程中應具備與相關之專業人員、病患及病患家屬有效溝通能力。
8. 能根據相關的物理治療原理或理論，施行下列治療之基本技術；並能評估療效。
9. 原理或理論：運動生理、呼吸生理、循環生理
10. 治療技術：擬定心臟復健計劃(包括心臟復健第一期與第二期計畫)、設計心肺耐力運動訓練計劃、姿位引流、叩擊技巧、咳嗽能力誘發及訓練、胸廓活動訓練、呼吸再訓練、恢復性運動、出院後或居家相關物理治療計劃。
11. 依據病情及病患的家庭和社會支持系統，提供後續照護諮詢。
12. 能了解維護治療環境與器材之清潔方法，提供優良的治療場所。

◎ 心肺組實習計畫 ◎

期間	課程目標	課程內容
第一週	1.瞭解物理治療病人照護之流程與病歷書寫	環境介紹、課程簡介、緊急事件處理流程、消防安全相關事宜、個人防護用品之使用（口罩、手套、洗手時機）、病歷書寫說明
	2.安全操作治療室所有的儀器與設備。	儀器操作講解、示範與實際操作
	3.了解學生基本能力	學前測驗
第二週	1.解臨床檢查意義與結果，複習相關檢查與測試（聽診、縮寫、實驗室數據）	依臨床病人狀況說明臨床檢查之意義與應用
	2.在指導老師監督下，執行住院或門診之心臟病人物理治療評估	評估流程與病歷書寫
	3.完成至少一份心臟病人評估報告	執行心臟復健第一期計畫
	4.瞭解學生學習狀況	DOPS，mini-CEX，期中評估
第三週	1.整合病史與相關資訊，列出病人問題	閱讀病歷、並實際評估病人
	2.判讀簡易胸部影像	複習胸部影像判讀方法
	3.判讀簡易心電圖	複習心電圖
	4.了解心臟復健分期計畫並執行	複習運動處方之擬定並執行
第四週	1.整合病人所有問題，擬定治療計畫	監督下執行心肺功能訓練
第五週	1.完整執行物理治療計畫內容，包括居家運動的指導	繼續不同種類病人（含使用呼吸器/加護病房病人）之評估與治療
	2.以不同個案了解特殊臨床問題，可檢索相關醫學文獻資料	整理相關醫學文獻資料，了解特殊臨床問題
第六週	1.獨立執行評估、擬定治療目標、計畫並提供治療及衛教	繼續不同種類病人之評估與訓練並提供衛教
	2.了解治療環境/器材清潔方式	實地執行治療環境/器材清潔
	3.了解學習成效	期末評估、學後測驗，mini-CEX

(五) 急性神經床邊疾患物理治療實習目標

1. 能熟悉實習場所、行政作業流程、緊急事件處理流程、消防安全相關事宜、感染控制個人防護用品之使用、病歷紀錄相關事宜。
2. 能了解病房預防跌倒相關事宜，並配合病房作業流程。
3. 能熟悉急性神經床邊疾患物理治療相關之基本與臨床醫學知識。
4. 能適當操作下列儀器及器材：神經肌肉電刺激器、血壓計、血氧計、輪椅、行走輔具、副木、背架、砂包、彈力帶、轉位帶、安全帶等。
5. 能適當利用病房環境與器材，協助病患、病患家屬及照顧者預防病患跌倒及執行各項活動練習。
6. 能對相關的臨床檢查結果所代表之意義有基本的認識與了解，包括電腦斷層掃描檢查、核磁共振顯影、血管攝影或一般檢驗(如：血球計數、血糖、抗藥性菌株培養結果等及其他)等。
7. 能獨立執行並完成下列疾病患者之臨床評估。
 - (1)病患種類：腦血管病變、周邊神經病變、其它中樞神經系統病變（如：脊髓損傷、頭部外傷、退化性病變、腫瘤等外科手術後急性期與住院期）等疾患。
 - (2)臨床評估：病史、意識狀態、生命徵象、心智能力、肌肉張力、反射、動作控制能力及型態、中風病人之動作恢復期、各種感覺、平衡能力、協調、肌力、關節活動度、運動功能狀態、步態等之評估。
8. 能整合評估結果，列出病患之問題；過程中應具備與相關之專業人員、病患及病患家屬有效溝通之能力；訂定長、短程治療目標與計畫；並能評估療效。
9. 能根據相關的物理治療原理或理論，施行下列治療之基本技術。
 - (1)原理或理論：玻巴斯、路德、布朗斯壯、本體感覺誘發、工作取向、動作控制、動作學習、生物力學、神經生理、呼吸生理、生物力學、與肌動學。
 - (2)治療技術：

a. 各種正確擺位的指導	f. 步態訓練(含平地及階梯)
b. 被動關節運動指導	g. 肌力訓練
c. 床上活動能力訓練	h. 協調能力訓練
d. 轉位能力訓練	i. 輪椅及其他輔具操作之訓練
e. 坐與站之平衡訓練	j. 神經誘發技術施行
10. 依據病情及病患的家庭和社會支持系統，協助擬定有關的後續計畫，例如：
 - (1)擬定書面並指導病患居家物理治療計畫項目。
 - (2)給予病患家屬及看護者的居家物理治療訓練。
 - (3)提供輔具諮詢。
 - (4)提供居家或社區物理治療轉介之諮詢。

◎ 急性神經組實習計畫 ◎

期間	課程目標	課程內容
第一週	1. 了解實習計畫內容、病人照護之行政作業及實習須知	課程介紹、行政作業、臨床警訊等緊急事件處理流程、消防安全相關事宜、感染管制注意事項等說明、環境介紹
	2. 了解及安全操作治療用的儀器與器材	儀器與器材操作說明、示範與實際操作(攜帶型電刺激器、綁腿與安全帶)
	3. 了解病歷書寫注意事項	臨床評估表及病歷書寫說明、複習相關評估項目與測試方法
	4. 了解學生基本能力與知識	學前評估與測驗
	5. 了解預防住院病人跌倒	介紹如何利用病房環境與器材來預防住院病人跌倒
	6. 熟悉被動關節活動度運動、各種擺位技巧	1. 複習各種正確擺位技巧 2. 複習被動關節活動度運動
	7. 熟悉各種床上活動及移位技巧	1. 複習各種床上活動及移位技巧
第二週	1. 熟悉物理治療評估項目與監督下執行物理治療評估	在指導老師監督下，實際依病人狀況執行物理治療評估，並與指導老師討論
	2. 完整執行腦傷病人物理治療評估，並書寫評估報告	1. 期初物理治療評估之 Mini-CEX 評估 2. 書寫評估報告，並經過指導老師修改
	3. 熟悉正確與安全的轉位技巧	1. 轉位技巧教學
	4. 了解學生學習狀況	期中評估
第三週	1. 了解神經內科病房常見疾病及處置	神經內科疾病及注意事項教學
	2. 了解神經外科病房常見疾病及處置	神經外科疾病及注意事項教學
	3. 了解腦中風加護病房運作及相關管路	腦中風加護病房注意事項及相關管路介紹
	4. 獨立執行與衛教病人上下肢被動關節活動度運動	上下肢被動關節活動度運動之 DOPS 評估
第四週	1. 了解病人相關的影像檢查結果與意義	1. 顱內影像教學 2. 依據病人 CT 及 MRI 檢查結果，並指出相對應的影像，完成書面報告
	2. 能整合各科病人問題，擬定治療計劃	監督下執行不同種類病人之物理治療。
第五週	1. 完整執行物理治療計畫內容，包括轉床與居家相關物理治療計劃的指導	執行不同種類病人之評估與物理治療訓練，包含出院衛教。
	2. 檢索相關醫學文獻資料以了解病人之特殊臨床問題	專題報告
	3. 獨立完整執行病人物理治療評估	期末物理治療評估之 Mini-CEX 評估
第六週	1. 獨立執行完整病人評估、擬定治療計畫、目標與治療與衛教	執行不同種類病人之評估與物理治療訓練
	2. 了解並執行治療環境/器材清潔	實地執行治療環境/器材清潔
	3. 了解學生學習成效	期末評估、學後測驗

捌、實習進程表

週數	第一週					第二週					第三週					第四週					第五週					第六週				
星期	一	二	三	四	五	一	二	三	四	五	一	二	三	四	五	一	二	三	四	五	一	二	三	四	五	一	二	三	四	五
共同教學課程 後三週上午 8:00-8:50＊																														
小組教學課程上午 8:00-8:50＊																														
臨床實習教學 9:00-12:00, 13:00-17:00※																														
跨領域教學 12:00-13:00, 17:00-18:00＊																														
報到																														
學前測驗																														
期初 Mini-CEX																														
期中評估◎																														
DOPS																														
學後測驗																														
期末評估◎																														
期末 Mini-CEX																														
上網填寫意見回饋及教學滿意度調查																														
離站手續																														

註：*為應填寫教學活動學習記錄單；

※為應填寫臨床問題與回饋記錄單；

◎為需事先填寫基本目標評估表及期中、期末自我評估表(請教學督導於會議後繳交實習學生檢討會議記錄表)

玖、實習規則

一、學生於實習期間依台大醫院「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：

1. 服裝儀容乾淨清潔，並符合醫療專業形象。
2. 應配戴識別證，依規定穿著工作服。
3. 工作服應定期換洗，領子、袖口保持清潔且無污垢。
4. 醫師服及醫事工作服等白袍外套需扣好鈕釦。
5. 頭髮保持整潔，髮型符合醫療專業形象。
6. 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。
7. 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。
8. 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。
9. 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。
10. 避免穿著治療師服至與醫療無關之公共場所。
11. 穿著不得暴露，例如領口不得太低、露肚臍或內衣褲。

二、實習學生請假規則

1. 直系親屬之嚴重疾病、喪事及本人之婚、產，得請事假。除有不可抗拒事件外，事假應在廿四小時前辦妥請假手續，其他假別應於請假結束後三個工作天內送出假單，逾時以曠課論。學生實習遲到者為事假，以一小時為單位論之，**未請假者以曠課論，曠課一次，實習總成績扣五分。**
2. 至臨床教育訓練[電子護照]系統填寫請假單，上下午應分別申請與發送給該半天指導老師簽認(請指導老師簽核假單時確認學生是否於規定時間內完成請假)。如果指導老師請假，可請教學督導代理簽核請假單。
3. 上午請病假者，於當日上午 **8:10** 前，下午請病假者，於當日中午 **1:00** 前由本人以電話通知指導老師。請假時應自行通知上下午指導老師並做好個案交接。三日以上（含三日）之病假需繳交公立醫院或領有開業執照之醫師證明書。
4. 請公假者，應於事前備妥證明文件向指導老師申請，老師得自行裁定之。
5. 各類請假之總時數，每站以 8 小時 為限，若請假超過 8 小時，須於實習結束後，回到該實習站就超逾時數補足，方可送出成績。需補實習時，學生需於離站之前主動與指導老師討論補實習時間，並留有記錄可查（於離站手續確認單註明補實習之日期，並由指導老師同意簽章）。原則以該學生實習結束（或各站空檔或搬家假）立即開始補實習，並找原指導老師指導。若適逢治療師換站，則由各組教學督導指派治療師負責指導學生。舉例：A1-A3 請假者須於搬家假期間補足，A4-A6 請假者須於 A7 期間補足，原則上實習一結束立即開始補實習，並於 2 周內完成。學生須補足實習時數方可視為完成該站實習，否則不給予該站實習成績。同一站請假之總時數若超出該實習站應實習時數的三分之一以上者，該站實習成績以零分計。
6. 唯實習足 240 小時者給予全勤，可於總成績加 2 分；但因不可抗力因素請假（兵役體檢、直系血親喪假）請假 8 小時以內(含)者，可於總成績加 1 分。

7. 未依規則請假或請假有虛構情事，均以曠課論處。

三、其他

1. 須按時上下班，準時參加各種教學活動及討論會，實習時間內因故暫時離開實習單位時，需經老師許可並留行蹤。
2. 實習期間同學務必將貴重東西隨身攜帶或放至自己的置物櫃上鎖。實習第一天跟江昶勳老師領取置物櫃鑰匙，離站時歸還。上班時間(8-17 時)408 室非休息時間一律上鎖，請最後一位離開休息室同學記得上鎖。需開門時，8:00 前至 306 辦公室借鑰匙開門，立即歸還。其他時間向秘書室借用鑰匙(進入後直走，秘書座位前櫃子掛鉤上)。
3. 愛惜公物，凡用畢之器材或用具必須歸還原處並收拾整潔。凡有專人管理之器具，在使用前應依實習單位之規定借用之。
4. 凡使用治療儀器，須事先了解該儀器的性能及操作方法，有問題時應與指導老師討論。
5. 每治療室排值日生輪值，應確實維護治療室之整齊清潔。
6. 治療報告必須按時填寫，交指導老師審閱之。
7. 借閱病房病歷限於醫務室內閱讀，不得攜出，用畢須立即歸還。
8. 於實習期間可使用個別暫時性帳號至 Portal 系統書寫負責治療病患之電子病歷，上述行為均列入資訊室電腦追蹤管制。但因暫時性帳號不具查閱病人病歷資料之權限，因此若因業務需要查詢，需經指導老師同意並授權，使用老師帳號才可閱讀該位老師負責之病人電子病歷。嚴禁複製、外流個案病歷資料，並不得觀看非負責治療病患之電子病歷，亦不得將自己帳號借給他人使用。違者該站總成績扣 10 分，並公文通知該校老師。
9. 學生使用公共印表機規範：可使用公用印表機：病歷、該組臨床共同教學老師指定功課。不可使用公用印表機：個人的報告(含 journal meeting 及 case presentation)、期刊、學習記錄單等。
10. 對病人親切和藹，避免與病人爭執，治療前應自我介紹及簡述治療過程及目的，並簡述實習單位的行政作業。對病人之饋贈須予婉拒。
11. 尊重病人之隱私權：
 - 不得留有可供辨識之資料，如病歷號、全名、生日。
 - 姓名寫法建議為：陳 oo，或陳女士/先生，避免因個案名字太過特別，即使中間有一個字不寫還是可能被推測出來。
 - 照片/影片需經過處理，例如遮住臉部，但要確定該處理無法被後續方式移除。
 - 複製的影像檢查如 CT, MRI, X-ray 可能也有病患的病歷號，記得要刪除或遮住。
 - 不得將含有病患資料之文件存放於公開網路或他人可隨意瀏覽之路徑。
12. 凡病人意外事件發生，應給予適當處理。並立即通知老師及相關之其他醫療人員。意外傷害情節輕者，第一次寫輔導紀錄，第二次則停止實習。若情節重者，可能導致永久性傷害、嚴重功能損傷者或危及生命，則立即停止實習。(如下表所列)
13. 實習期間需參加一次安全衛生室辦理的消防演練：每個月最後一週週五下午 3 點~4 點 30 分，地點：新院區後門(林森南路入口)停車場上方水泥空地(網球場對面)。
14. 手機或平板等行動裝置及筆電之使用僅限於課程及學習用途。

實習治療師危及病人安全造成異常事件導致停止該站實習之條件

	異常事件	處置方式
骨科	實習學生發生病人安全如跌倒或燙傷(扣除掉病患個人因素)等重大異常事件。	1. 先面對面溝通輔導，完成輔導紀錄，並通知教學督導、總教學長、科主任及另一名學生的共同臨床老師及學系老師。 2. 再出現第二次，則停止實習或延長重修。
神經	病人跌倒；病人身上管線(如尿管，呼吸器管子或點滴管.....等)脫落。	1. 第一次發生，寫輔導紀錄；若再發生，則直接重修。 2. 視情節輕重者，寫輔導紀錄後，情節重者可直接重修；輕者若再發生，則直接重修。
小兒	因人為疏失造成跌倒或受傷。	1. 第一次發生，召開輔導會議。 2. 第二次，則停止實習。
心肺	應注意而未注意使病人之維生管路脫落並導致病人生命危險。維生管路包括：呼吸管路、動脈導管、中心靜脈導管、swan-ganz 管線、VAD 管路、IABP 管路、雙腔導管。	立即停止實習。
急性神經	(1) 因人為因素造成之跌倒(身體任一部位跌落至地面)。 (2) 因人為因素造成治療過程中任意侵入性管線脫落(如 A-line, NG, CVC 等)。	先行輔導紀錄一次。若再犯則該站重修。

以上共通原則:意外傷害情節輕者，第一次寫輔導紀錄，第二次則停止實習。若情節重者，可能導致永久性傷害、嚴重功能損傷者或危及生命，則立即停止實習。

拾、學習評量機制（實習成績給分標準）

一、評量方式：

1. 筆試：期初、期末筆試。
2. 臨床技術操作：包括期初、期末 Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise，迷你臨床演練評量) 評量評估技巧；DOPS (Direct Observation of Procedural Skills，操作技能直接觀察評量) 評量操作技巧。

二、實習成績考核內容：

1. 實習筆試成績，通過標準訂為 70 分。
2. 實習操作成績，Mini-CEX 期末通過標準 ≥ 4 分。
3. 共同教學口頭及書面報告成績。
4. 各組專題報告成績。
5. 出勤情形。
6. 學習態度。

三、評分項目及比重

1. 請見下頁「台大醫院物理治療技術科實習學生成績評估表」。
2. 學術活動表現包括病歷書寫及各項書面報告（10%）：（包括病歷之質與量）
 - (1)會根據評估與治療結果撰寫正確及適當之物理治療紀錄並按時繳交
 - (2)病歷及規定之份數如期繳交（量）
 - (3)病歷內容之優劣（質）
3. 期刊選讀或病例討論報告（10%）：（包括指導老師(20%)、臨床老師(30%)與同儕學生(20%)的口頭報告給分，及指導老師(30%)書面報告給分

實習成績給分標準

一、台大醫院物理治療技術科實習學生成績評估表

十分制評分：0 完全沒有做到（動機 0%）、3 常常忘記需要提醒（動機 30%）、5 只有偶爾做到（動機 50%）、7 經常會去注意做到該項（動機 70%）、10 對於該項執行確實（動機 100%）

五分制評分：0 完全沒有做到（動機 0%）、1 常常忘記需要提醒（動機 30%）、3 只有偶爾做到（動機 50%）、4 經常會去注意做到該項（動機 70%）、5 對於該項執行確實（動機 100%）

臨床實習成績 100% (有期刊或病例討論報告者此項佔總成績 90%)

一、評估技巧 (30%)

A 問題的評估 (10)				
B 評估技術的實施 (10)				
C 治療計畫的擬定 (10)				

二、治療技巧 (20%)

A 治療技術的實施與治療安全的考量 (10)				
B 衛教施行 (10)				

三、人際關係與溝通技巧 (15%)

A 與病人及其家屬的關係和溝通 (5)				
B 與指導教師的關係與溝通 (5)				
C 與其他醫療人員的關係和溝通 (5)				

四、專業表現 (10%)

A 專業行為與態度 (5)				
B 專業的成長和發展：積極發問、主動求知、新知應用(5)				

五、學術活動表現 (10%)

A 病歷繳交/病歷書寫 (5)				
B 專題(TR)/期刊(JM)/讀書(BR)/病例(CP)報告(5)				

六、行政管理能力 (15%)

A 治療/評估時間的掌握與管理 (5)				
B 患者接待及治療動線的安排及治療環境安全與管理 (5)				
C 出席/請假/遲到/早退狀況 (5)				

期刊選讀或病例討論報告 10% 〈無報告者此項不佔成績〉

總計				
----	--	--	--	--

評語：

二、期刊選讀或病例討論報告給分標準

期刊選讀會口頭報告給分標準

	前言方法	結果討論		簡報呈現	表現應答
優 3分	自行整理並歸納 詳盡有條理	資料蒐集完整 討論深入層次分明	優 2分	圖文顯示精準明確 大小配置效果佳	說明清楚流暢 言簡意賅應答順暢
普通 2分	有進行整理歸納 但不夠明確	資料蒐集分析尚可 討論大致有提到	普通 1分	文字圖表顯示正常 大小配置效果尚可	說明大致清楚或稍不明，應答適中
待改進 1分	內容描述交代不清 陳列甚至凌亂	資料缺漏避重就輕 幾乎沒有延伸討論	待改進 0分	文意不名圖表沒重 點大小配置差	說明含糊 應答沒重點

期刊選讀書面報告給分標準

	前言方法	結果討論		內容呈現	繳交進度
優 3分	自行整理並歸納 詳盡有條理	資料蒐集完整 討論深入層次分明	優 2分	圖文說明清楚明瞭 格式正確效果佳	準時或提前繳交 口頭報告完一週內
普通 2分	有進行整理歸納 但不夠明確	資料蒐集分析尚可 討論大致有提到	普通 1分	圖文說明顯示正常 格式配置效果尚可	遲交 經提醒後一週內繳交
待改進 1分	內容描述交代不清 陳列甚至凌亂	資料缺漏避重就輕 幾乎沒有延伸討論	待改進 0分	文意不明圖表不齊 格式配置差	遲交 提醒後一週內仍未交

病例討論會口頭報告給分標準

	文獻回顧	病例示範		簡報呈現	表現應答
優 3分	資料蒐集完整 詳盡有條理	熟稔個案情況並正確 展現治療理念與技術	優 2分	圖文顯示精準明確 大小配置效果佳	說明清楚流暢 言簡意賅應答順暢
普通 2分	資料蒐集分析尚可 稍有缺漏或深度不足	對個案了解程度尚可 適當呈現治療手法	普通 1分	文字圖表顯示正常 大小配置效果尚可	說明大致清楚或稍不明，應答適中
待改進 1分	內容毫無深度 陳列甚至凌亂	不甚了解個案，治療手 法錯誤或無示範	待改進 0分	文意不名圖表沒重 點大小配置差	說明含糊 應答沒重點

病例討論書面報告給分標準

	文獻回顧	病例示範		內容呈現	繳交進度
優 3分	資料蒐集完整 詳盡有條理	詳述個案情況並描述 治療理念與技術	優 2分	圖文說明清楚明瞭 格式正確效果佳	準時或提前繳交 口頭報告完一週內
普通 2分	資料蒐集分析尚可 稍有缺漏或深度不足	重點陳述個案情況 簡述治療技術	普通 1分	圖文說明顯示正常 格式配置效果尚可	遲交 經提醒後一週內繳交
待改進 1分	內容毫無深度 陳列甚至凌亂	個案情形與治療技術 交代不清	待改進 0分	文意不明圖表不齊 格式配置差	遲交 提醒後一週內仍未交

三、等第制成績及百分制分數範圍

等第制成績	百分制分數區間 (小數點第一位四 捨五入至整數)	百分制分數 (中位數)	給分標準
A+	90-100	95	所有目標皆達成且超越期望
A	85-89	87	所有目標皆達成
A-	80-84	82	所有目標皆達成，但需一些精進
B+	77-79	78	達成部分目標，且品質佳
B	73-76	75	達成部分目標，但品質普通
B-	70-72	70	達成部分目標，但有些缺失
C+	67-69	68	達成最低目標
C	63-66	65	達成最低目標，但有些缺失
C-	60-62	60	達成最低目標，但有重大缺失
F	59(含)以下	50	未達成最低目標
X			因故不核予成績

Mini-CEX 成績對照表

Mini-CEX 分數	2	3	4	5	6	7	8	9
百分制分數	60	70	80	85	90	95	100	100

拾壹、雙向回饋機制

一、目的：為提供實習學生良好的學習成效，提供下列管道供實習學生反映實習需求，同時讓臨床老師給予實習學生即時的回饋。

二、方式：

1. 臨床教師制度：

學生於各站實習期間，上/下午均有一固定負責之臨床教師指導學生臨床實習。臨床教師在旁可瞭解學生學習中遇到的問題，並可適時給予學生回饋。實習學生在各站實習時，如遇到任何問題，可立即反應並獲得回饋。

2. 臨床問題與回饋紀錄單：

由指導老師根據實習學生之臨床個案需求，提出臨床問題，由學生查詢資料後作答，再與指導老師討論，可提供學生以實證醫學為基礎執行臨床決策。

3. 期中及期末評估：

於各組期中、期末各進行一次評核，所有臨床教師及學生均需到場，藉由面談及雙向溝通等方式直接反應，瞭解學生實習情形、心得及建議，並給予適當回復。並藉由填寫基本目標自評表(見下頁，請於各次評估前先行於電子學習資料夾系統填寫)，讓學生自我檢視實習目標達成情形。

4. 臨床教師教學滿意度調查及意見回饋：

學生於期末均上網匿名填寫臨床教師教學滿意度調查及意見回饋。各組教學督導對於學生建議或疑問給予回饋，並將學生常見問題整理於實習手冊中。

5. 外校實習生導師訪視：

協助安排外校實習生導師訪視、與學生及臨床指導教師會談，提供實習學生反映問題，做雙向溝通。

基本目標自評表 (A: 優, B: 良, C: 可, D: 差, E: 劣,)

實習組別									
		期中	期末	期中	期末	期中	期末	期中	期末
一、專業技巧	在評估病人或與病人面談之前，先查閱病歷並收集必要的資料								
	◎可獨立執行基本的評估與物理治療技巧								
	治療前向病人說明將執行的治療及其目的								
	不能獨立治療病人時，會尋求老師或其他人的協助								
	◎執行評估及治療時，注意病人的安全								
二、專業特質	在進退應對上，能適度地控制自己的情緒								
	主動尋求學習的機會以增加自己的技能及知識								
	適當的維持專業角色								
	尊重並維護病人的隱私權								
三、溝通能力	能根據評估及治療結果撰寫正確及適當之物理治療記錄								
	能適當地自我介紹，並介紹物理治療								
	能專注地聽病人及其家屬的傾訴，並具備同理心								
	能幫助病人及其家屬建立適當的期望								
	適當地使用並了解自己或他人的身體語言								
	以互相尊重的態度與其他人員作有效的溝通								
四、行政管理	能按時繳交病歷及各項報告								
	注意治療環境的整潔及安全，並負起維護的責任								
	能夠負起工作機構賦予的所有責任，包括與工作團隊中的其他人員保持連繫，處理緊急狀況或任何公共的事情								
	◎配合需要，調整工作步調								
	遵循臨床及行政的政策與程序								
	有效率地利用空檔時間								
	能在老師協助之下向相關人員說明有關各項保險、社會福利等的基本規定								
老師簽名									

※ ◎該項為臨床教師評估的重要依據，在執行評估與治療，病人安全及調整工作步調等三項均必須通過，如果其中一項不通過就必須重修；老師覺得學生無法通過時，應先與學生訪談輔導並留下進一步改善的輔導訪談記錄，若依然無法通過，必須重修。

拾貳、輔導及補強機制

一、針對學習困難或學習成果不佳之實習學生，特定此辦法予以輔導與補強訓練。

二、定義：

1. 學習困難：於臨床實習及教學過程中，實習學生若學習態度不佳、溝通及適應不良、自我行政管理不良等視為學習困難。
2. 學習成果不佳：於小組或共同教學課程、學前或期末測驗、期初或期末實作評核、期中或期末評估等未通過時視為學習成果不佳。
3. 請假過多者：與同一站各類請假之總時數超過8小時，需補足請假時數者。

三、輔導與補強方式：

(一) 勉勵與關懷－

若初遇學習困難或學習成果不佳的實習學生，先予以勉勵與關懷。臨床教師應依照實習學生的學習經驗，給予適當教學上的調整或建議。

(二) 溝通與輔導－

若經勉勵與關懷，仍有未能改善學習情況或發生病人安全等重大異常事件，臨床教師應與實習學生進行面對面溝通輔導，分析與了解學習上的困難，並提出建議與改善之道，完成實習學生輔導會談紀錄。輔導會談紀錄需記錄會談內容、建議及改善方式、具體共識及改善期限。臨床教師應同時通知教學督導、總教學長、科主任及另一名共同指導此學生的臨床教師，由總教學長通知所屬學校老師了解實習學生學習狀況。若面臨情節重大(停止實習、延長、重修)之情事，可由總教學長指派同站且不涉及評分之同仁，予以協助心靈輔導，以傾聽與支持實習學生為主，毋須留下書面記錄。

(三) 補強－

對於學習成果不佳的實習學生，經勉勵與關懷仍未改善，臨床教師應適當給予加強或補考、補報、補評、補寫報告等補強方式，並且與學生會談，完成實習學生輔導會談紀錄。

四、補救：

(一) 延長或重修－

經過溝通輔導或補強，仍未改善的實習學生，臨床教師應通知教學督導、總教學長及科主任，由科主任邀集學校老師、實習學生、臨床教師、教研小組等相關人員召開會議，以利進行延長實習時間或擇期重修。

(二) 停止實習－

若情節重大者，經科主任邀集學校老師、實習學生、臨床教師、教研小組等相關人員召開會議，確認予以停止實習。

拾叁、共同教學----病例討論會說明

一、注意事項

1. 三星期前與指導老師選定個案（需經個案或其代理人同意，並請個案或其代理人填寫書面「教學影片拍攝及肖像使用同意書」（可使用電子檔依據狀況修改同意書內容，同意書完成簽名後需掃描成 pdf 檔連同書面報告檔案繳交；請於 408 室資料櫃拿取空白同意書）。個案選取標準：特殊案例、有爭議、特殊治療手法、有新發現等。可選其他同學的個案來報告。一星期前將報告大綱與內容準備好，與指導老師討論，並於報告前一週將題目於網址 <http://goo.gl/forms/TzEV3nK3ts> 公告，另外可於網址：<https://docs.google.com/spreadsheets/d/14RMZCMoobG2nAegBgPzWx39gKnW0O8XVggGSwUY4qnk/edit?usp=sharing> 確認登記結果，避免與其他同學題目雷同。
2. 報告如為星期一、二、四上午，地點原則上在 415 教室，其他時段報告則另行通知。如有更改時間與地點，需經學務企劃長同意，再請書面或口頭通知所有應參加之師生。
3. 口頭報告當天準備講義（大綱），A4 雙面，一人一份。講義影印可至四樓 409 室自行付費。415 教室備有單槍及電腦，亦可自備電腦，請事前確認軟硬體皆可操作無問題。當天向秘書室借鑰匙開門後務必立即歸還。

二、口頭報告

1. 準時 8 點開始，報告 40 分鐘，老師及同學問答 10 分鐘，於 8:50 前結束，由學生與臨床指導老師主持。主持人的工作：負責該會議報告者與主題介紹、進行之流暢度、結束之總結與宣布等。如果講者速度過慢或過快，應予以提醒。如果無人提問問題，則應自行提問或指定提問，請控制以一問一答方式進行討論，並請注意準時開始及結束，以免妨礙實習內容。超過時間的冗長報告表示內容整合不佳、準備不週，請評分的老師與同學酌量扣分。有三位老師評分為 2 分（總分 10 分），則事後公告擇期重報。補報通過成績為 6 分，若有三位以上老師認為不通過，仍需再次重報。
2. 時間分配：(1)口頭報告(10~15 分)；(2) 技術示範(20~25 分)：原則上請拍錄影帶播放，亦可請個案至現場示範。(3) 討論(10 分)。

三、大綱格式

1. 大綱含簡介、個案病史、檢查、評估、診斷、預後、介入、成果評估與參考文獻。【大綱背面請附文獻回顧重要的資料與圖表】。參考文獻列約兩篇，格式參考物理治療學會雜誌之規定。格式為：姓名、題目、期刊簡稱、年代、卷數、頁數。
2. 大綱與文獻回顧原則上以英文書寫。

四、書面報告(依學會病例報告格式書寫)

包括 1.簡介：針對疾病(診斷)、臨床問題做簡介。2.病例報告：(1)個案病史 (2)個案處理模式(client management model)：(i)檢查、(ii)評估、(iii)診斷、(iv)預後、(v)介入、(vi)成果評估。註：預後或介入需有實証醫學支持、製作 Table or Figure。3.討論。4.結論。5.參考文獻。6.問題與討論。

五、電子檔繳交方式

1. 書面報告（需包括報告當天的問題與討論）請務必交給指導老師修改，期限為**口頭報告後一個星期內**完成。
2. 於口頭報告後一週內繳交下列六項內容傳給此信箱(ptsupload@gmail.com)（由葉千瑜治療師確認）與自己的指導老師
 - (1)講義（大綱）的電子檔（pdf 檔）
 - (2)口頭報告的投影片電子檔（pdf 檔）
 - (3)口頭報告當天問題與討論的電子檔（pdf 檔）
 - (4)病例討論會報告所有參考資料的電子檔(若為書籍則要掃描其中的頁次)（pdf 檔）
 - (5)經指導老師批閱後核可之書面報告的電子檔（pdf 檔）(需含有個案同意書)
 - (6)報告中使用的影片檔信件標題—[病例討論會] 報告日期/學生姓名/指導老師。Ex: [病例討論會] 2012-05-30/陳小明/楊靜蘭老師。

六、口頭報告大綱格式範例

Case Presentation

報告學生：OOO
指導老師：OOO 老師
報告日期：2017/02/16

A 56 y/o female with L1 hemivertebrae with myelopathy s/p operation with paraparesis

Introduction

A. Hemivertebrae

- A type of vertebral anomaly and results from a lack of formation of one half of a vertebral body.
- Epidemiology: 0.33 per 1000 live birth
- Association: scoliosis(55%), vertebral defects(29%), ventricular/atrial septal defect(15%)

B. Differentiation methods of myelopathy and radiculopathy

- Myelopathy: upper motoneuron (UMN) lesion / spasticity and hyperreflexia / sphincter disturbance / gait disturbance
- Radiculopathy: lower motoneuron (LMN) lesion / flaccid and hypotone / more pain and ROM limitation

Client Management Model

A. Basic data

Age: 56y/o **Gender:** female **Dx:** L1 hemivertebrae with myelopathy s/p operation with paraparesis

Premorbid status: Independent ADL

Home environment: 3F, with elevators

Chief complaints: 目前雙下肢無力和麻，行走困難

Patient/family expectation: 可以走路

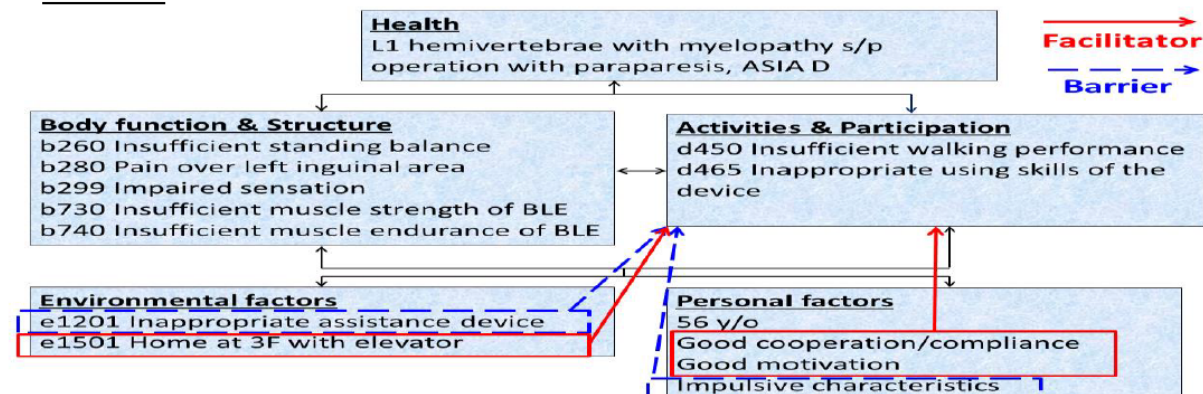
Date of onset: 2012

Date of PT start: 2017/1/4

B. Examination : (2017/01/04)

Consciousness	Clear				ADL	Barthel index=50/100					
Cardiovascular and respiratory	Stable				Balance (S/D)	Sitting balance		F/P			
						Standing balance		P/A			
Musculoskeletal system	Pain	VAS=5m left inguinal area			Muscle strength (R/L)	C5	C6	C7	C8	T1	
	Passive ROM		WNL	5/5		5/5	5/5	5/5	5/5		
	Shoulder subluxation		None	L2		L3	L4	L5	S1		
Psychological	Good motivation and mood				Endurance	3-/3-	3/3	3/3+	3/3	4/4	
Sensory	Vision	Intact	Hearing	Intact		Sitting for 1 min; Walking for <2 meters					
Cognition	Non-test, but no obvious abnormality was detected					Function	Rolling		I		
Facial palsy	None						Supine↔Sit		Min A		
Neurological level	ASIA: D-incomplete						Sit↔Stand		Min A+walker		
Muscle tone	BUE/BLE: Normal/Hypotone:				Chair↔Bed		Mod A				
Coordination	NA				Ambulation		Min A with walker				
Sensation (R/L)		Intact	Impaired	Absent	Other	ISNCSCI motor score: 82/100					
	Light touch	C2-L1, L3-L5, S2-3/ C2-S3	- / -	L2, S1/ -		ISNCSCI LEMS 32/50					
	Pin prick	C2-S3/ C2-S3	- / -	- / -		SCI-FAI: 16/39					
(no test: S4-S5)						SCIM-III: 59/100					

C. Evaluation



D. Diagnosis

1. ICD 10-G95.20 Spinal cord compression
2. APTA preferred practice pattern 5D: Impairment associated with non-progressive CNS disorder
3. Functional diagnosis:
 - a. Impairment level: (1) BLE muscle weakness; (2) BLE sensation impairment
 - b. Functional level: (1) Insufficient static/dynamic sitting and static/dynamic standing balance;
(2) Abnormal gait pattern;
(3) Insufficient ADL

E. Prognosis : Goal (2 weeks)

1. Impairment level: (1) BLE muscle improve half grade
2. Functional level: (1) Static/dynamic standing balance: from P/A to F/P
(2) Ambulation: walking with walker under S for above 10 meters
(3) Endurance: (a) sitting upright without assistance above 2 minutes; (b) standing without assistance above 2 minutes

F. Intervention

■ Evidence based practice:

- Jones ML, Evans N, Tefertiller C, Backus D, Sweatman M, Tansey K, Morrison S. Activity-based therapy for recovery of walking in individuals with chronic spinal cord injury: results from a randomized clinical trial. Arch Phys Med Rehabil 2014;95:2239-46.
- Result: **Activity-based therapy (ABT) exercise (3-hours/session, 3sessions/week, 24-weeks) for chronic SCI (ASIA: C-D) including endurance, resistance, and locomotor training improve neurological function and walking ability.**
- Developmental sequencing for 6 minutes; Resistance training for 9 minutes; Locomotor training for 12 minutes. (40 mins/day, 5 days/week, 2 weeks)

G. Outcome : (2017/01/23)

		2017/1/4					2017/1/23				
Muscle strength	R/L	C5	C6	C7	C8	T1	C5	C6	C7	C8	T1
		5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
		L2	L3	L4	L5	S1	L2	L3	L4	L5	S1
		3-/3-	3/3	3/3+	3/3	4/4	4/3+	3+/3+	4/4	4/4	4/4
Balance	S/D	Sitting		Standing		Sitting		Standing			
		F/P		P/A		N/G		G/F			
Endurance		Sitting for 1 minute; Walking for < 2 meters					Walking with walker for 50 meters				
ADL	Barthel index	50/100					75/100				
Function	Rolling	I					I				
	Supine↔Sit	Min A					I				
	Sit↔Stand	Min A+walker					Close guard+walker				
	Chair↔Bed	Mod A					S				
	Ambulation	Min A with walker					S+walker				
	Up & down stairs	NA					NA				
Other	ISNCSCI	ISNCSCI motor score: 82/100 ISNCSCI LEMS: 32/50					ISNCSCI motor score: 87/100 ISNCSCI LEMS: 37/50				
	SCI-FAI	SCI-FAI: 16/39					SCI-FAI: 26/39				
	SCIM-III	SCIM-III: 59/100					SCIM-III: 75/100				
	TUG	(1/16) TUG: 40.84 s					TUG: 38.2 s				
	10MWT	(1/16) 10MWT: 63.22 s (Speed: 0.16 m/s)					10MWT: 43.2 s (Speed: 0.23 m/s)				

Reference

1. Goldstein I, Makhoul IR, Weissman A, Drugan A. Hemivertebra: prenatal diagnosis, incidence and characteristics. Fetal Diagn Ther 2005;20:121-6.
2. Basude S, McDermott L, Newell S, Wreyford B, Denbow M, Hutchinson J, et al. Fetal hemivertebra: associations and perinatal outcome. Ultrasound Obstet Gynecol 2015;45:434-8.
3. Tracy JA, Bartleson JD. Cervical spondylotic myelopathy. Neurologist 2010;16:176-87.
4. Cook CE, Hegedus E, Pietrobon R, Goode A. A pragmatic neurological screen for patients with suspected cord compressive myelopathy. Phys Ther 2007;87:1233-42.
5. Jones ML, Evans N, Tefertiller C, Backus D, Sweatman M, Tansey K, et al. Activity-based therapy for recovery of walking in individuals with chronic spinal cord injury: results from a randomized clinical trial. Arch Phys Med Rehabil 2014;95:2239-46.

拾肆、共同教學---期刊選讀會說明

一、注意事項 (亦參考病例討論會說明)

1. 選讀文章最好是實證型研究論文，限定發表時間尚未超過一年，且未經其他同學選讀過，於報告日 1 個月前與指導老師討論並確定題目後，務必於報告日 2 週前將題目登記（方式如第二項所列）；學生須自行確認題目從未被報過。
2. 選定文章後請先將題目、作者、出處與年份於網址 <http://goo.gl/forms/IsxdoZx0ks> 公告。以寄出時間為優先順序，避免同學重複而需重新準備報告。未於規定時間登記題目者，該次報告成績以得分之 70% 計算。另外利用下列兩項網址確認登記結果，並避免題目重複:期刊選讀登記後確認處:
<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1kU6cczQVocLAEzjP5BF3AzD30SHa4IQNNLuXXzTf42s/edit?usp=sharing> ;
歷年期刊選讀檔:
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1pUQFODQbbnaC7SyhuOOOWGDz5xplrQYoh7-u_MRDe0/edit 。
3. 報告當天準備講義，正面為文獻摘要，背面為評論要點，評論部分至少涵蓋分類評論要點，建議一定要與指導老師討論。如果無法列入分類，請自行評論。

二、口頭報告 (亦參考病例討論會說明)

時間分配：(1)口頭報告加討論 20 分；(2)指導老師講評 5 分鐘。準時 8 點開始，於 8:50 前結束，由學生與臨床指導老師主持。主持人的工作：負責該會議報告者與主題介紹、進行之流暢度、結束之總結與宣布等。如果講者速度過慢或過快，應予以提醒。如果無人提問問題，則應自行提問或指定提問，請控制以一問一答方式進行討論，並請注意準時開始及結束，以免妨礙實習內容。超過時間的冗長報告表示內容整合不佳、準備不週，請評分的老師與同學酌量扣分。有三位老師評分為 2 分(總分 10 分)，則事後公告擇期重報。補報通過成績為 6 分，若有三位以上老師認為不通過，仍需再次重報。

三、大綱格式

1. 大綱含作者、機構、出處、摘要、重要圖表、評論要點。
2. 摘要需包含目的、方法、結果、結論。

四、書面報告

包括簡介、目的、方法、結果、討論、結論、評論、問題與討論。

五、電子檔繳交方式 (亦參考病例討論會說明)

1. 書面報告(需包括報告當天的問題與討論)請務必交給指導老師修改，期限為口頭報告後一個星期內完成。
2. 於口頭報告後一週內繳交下列五項內容傳給此信箱(ptsupload@gmail.com) (由葉千瑜治療師確認) 與自己的指導老師

(1)講義（大綱）的電子檔（pdf 檔）

(2)口頭報告的電子檔（pdf 檔）

(3)口頭報告當天問題與討論的電子檔（pdf 檔）

(4)期刊選讀會所使用的文獻電子檔（pdf 檔）

(5)經指導老師批閱後核可之書面報告的電子檔（pdf 檔）

信件標題—[期刊選讀會] 報告日期/學生姓名/指導老師。Ex: [期刊選讀會] 2020/1/23/陳小明/楊靜蘭老師。

六、評論要點參考 - 實證型論文的評論要點

是	否	評論項目
		引言：
		清楚地解釋題意及專有名詞
		有陳述研究動機及其重要性
		對相關文獻詳盡的探討，並提出合理的推論
		敘述研究假說 (hypotheses) 及前提假設 (assumptions)
		敘述研究目的 (goals) 及目標 (objectives)
		材料與方法：
		受試者：
		具有統計信心的足夠樣本數
		明確地定義母群體 (population)
		清楚地描述取樣方法，包括選入及排除標準
		描述各類可能引起偏差因素 (confounding factors)，及其控制的方法
		清楚地描述樣本分組的方法
		樣本如有流失，有討論或解釋其原因
		測量方法：
		所測量的變數完整地反映所欲測的變數 (parameters)，並清楚的描述
		清楚地描述所使用的測量儀器，包括廠牌 (brand) 及型號 (model)
		描述各類可能影響測量方法或結果的偏差因素，及其控制的方法
		提供測量方法的效度及信度
		操作過程：
		清楚描述實驗步驟
		敘述實驗組與控制組相互交流 (contamination) 的可能性，及其控制的方法
		描述在操作過程中如何維護受試者的權益
		數據分析：
		清楚地描述數據的推算方法，如為電腦計算，需說明所使用之軟體
		數據如來自特殊公式，需列出公式，及其參考文獻
		使用正確的統計方法，如為電腦計算，需說明所使用之軟體
		結果：
		清楚地敘述實驗結果，並指出其統計意義
		實驗結果與研究目標相呼應，沒有不相關的結果
		圖表使用得宜，不與本文重複或圖表重複
		圖表採用規定的格式
		討論及結論
		指出實驗結果的臨床意義，及合理的解釋
		引用其他學者的實驗結果，來討論異同
		指出實驗的缺憾，並提出改進的方法
		列出未來研究的方向
		指出實驗結果及其臨床意義
		沒有提出與標題不相關的結論

		其他
		參考文獻應符合該雜誌的規範格式
		標題只有一個中心主題
		中文摘要依期刊規定，約 300-500 字
		英文摘要依期刊規定，約 150-300 字
		摘要通常僅涵蓋研究目標、方法、結果、統計意義及臨床意義

七、評論要點參考 - 探討療效類論文的評論要點 (其他論文類型評論請參考網頁)

是	否	評論項目
		受試者分組是否為隨機分配？ 該研究所採用的隨機分配方法為_____
		是否將各種有利及不利的因子都加以測量？ 該研究所欲探討的概念為_____ 該研究所量測的變數為_____ 該研究所未量測但可能影響結果的變數為_____
		研究的樣本群是否與我國的相關族群相似？ 該研究的樣本群為_____
		● 是否有詳盡的說明選樣標準？ 該研究樣本群的選取條件為_____ 該研究樣本群的排除條件為_____
		● 是否說明樣本群的基本資料？ 該研究的樣本群基本資料包括_____
		● 是否闡述其病徵資料？ 該研究的樣本群病徵資料包括_____
		是否分別考慮統計意義及臨床意義？ ● 統計意義：結果為真的可能性(是否具有差異性) ● 臨床意義：實驗組與控制組在現實世界的差異(是否具有實用性)
		該項治療是否可行？
		● 是否有詳盡的說明治療方式，可依其方法重新操作？
		● 治療機轉是否符合學理的推論？
		● 治療方式是否為病患或物理治療師所接受？
		● 治療器材是否易於取得？
		追蹤觀察過程是否完全？
		● 選樣標準是否影響結果？
		● 實驗樣本是否會相互交流？
		● 流失樣本是否會影響結果？
		是否有足夠的樣本數？ 該研究的樣本數為_____

八、口頭報告大綱格式範例

期刊選讀會大綱

標題：Manual therapy in joint and nerve structures combined with exercise in the treatment of recurrent ankle sprains: A randomized, controlled trial(合併關節及神經組織之徒手治療與運動治療對於再發性踝關節扭傷之療效:隨機對照試驗)

作者：Plaza-Manzano G, Vergara-Vila M, Val-Otero S, Rivera-Prieto C, Pecos-Martin D, Gallego-Izquierdo T, et al.

機構：Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos, Spain.

出處：Man Ther 2016;26:141-9

摘要：

目的 本篇文獻比較本體感覺及肌力訓練與相同訓練合併關節及神經組織徒手治療針對再發性踝關節扭傷之療效。**方法** 56 位有固定運動習慣且患有再發性踝關節扭傷的病患隨機分配至實驗組 I (本體感覺與肌力訓練) 與實驗組 II (本體感覺與肌力訓練合併徒手治療)。兩組接受每週兩次的共四週的物理治療介入。以疼痛分數、自述功能性踝關節不穩定、疼痛壓力閾值、踝關節肌力、踝關節活動度等測量在介入前、四周介入後、介入後一個月追蹤進行療效評估。**結果** 兩組在四週的治療介入後、介入後一個月，疼痛分數、自述功能性踝關節不穩定、疼痛壓力閾值、踝關節背屈肌肌力、踝關節活動度均有達到顯著的組內差異 ($p < 0.05$)。在療效評估之進步量作組間比較上，實驗組 II 相較於實驗組 I 在治療後及治療後一個月的追蹤均有達到的顯著的組間差異 ($p < 0.05$)。**結論** 對於有固定運動習慣且患有再發性踝關節扭傷之病患，使用本體感覺與肌力訓練合併關節及神經組織之徒手治療相較本體感覺與肌力訓練，可以更有效改善病人自述性之疼痛、關節不穩定、踝關節活動度與肌力。

主要圖表

Table 3
Outcome data for pain, instability and pressure pain threshold.

	Baseline	Post-intervention	1-mon follow-up
Pain intensity (0–10)			
Experimental I group ^a	5.0 ± 1.7	4.0 ± 2.0	3.0 ± 1.8
Experimental II group ^a	5.2 ± 2.0	2.0 ± 0.8	0.8 ± 1.1
Within-group change score from baseline^b			
Experimental I group ^a		-1.0 (-1.6, -0.8) ^d	-2.0 (-2.9, -1.7) ^d
Experimental II group ^a		-3.2 (-3.8, -2.6) ^d	-4.4 (-5.0, -3.5) ^d
Between-group difference in change score^c		2.0 (1.3, 2.7) ^d	2.2 (1.0, 2.8) ^d
CAITS (0–30)			
Experimental I group ^a	15.4 ± 3.9	19.7 ± 4.4	21.3 ± 4.9
Experimental II group ^a	16.4 ± 4.9	26.6 ± 3.2	29.0 ± 0.7
Within-group change score from baseline^b			
Experimental I group ^a		4.3 (2.7, 5.9) ^d	5.9 (4.1, 7.7) ^d
Experimental II group ^a		10.2 (8.6, 11.8) ^d	12.6 (10.7, 14.5) ^d
Between-group difference in change score^c		6.9 (1.4, -3.3) ^d	7.6 (5.7, 9.6) ^d

VAS = Visual Analogical Scale, CAITS = Cumberland Ankle Instability Toll Score, ATL = Anterior Talofibular Ligament, CFL = Calcaneofibular Ligament.

^a Values are mean ± SD.

^b Compared to pretreatment.

^c Values are mean (95% confidence interval).

^d Statistically significant differences ($P < 0.01$).

^e Statistically significant differences ($P < 0.05$).

Table 4
Outcome data for muscle strength and active range of motion.

	Baseline	Postintervention	1-mon follow-up
Muscle strength flexion (Newton)			
Experimental I group ^a	181.8 ± 4.5	192.3 ± 4.2	209.8 ± 3.6
Experimental II group ^a	180.2 ± 4.6	213.4 ± 5.3	228.4 ± 1.7
Within-group change score from baseline^b			
Experimental I group ^a		10.5 (8.5, 14.5) ^d	28.0 (25.8, 30.2) ^d
Experimental II group ^a		33.2 (31.6, 34.8) ^d	48.2 (46.3, 49.8) ^d
Between-group difference in change score^c		21.1 (18.9, 23.4) ^d	18.6 (17.0, 20.1) ^d
Muscle strength extension (Newton)			
Experimental I group ^a	133.4 ± 3.4	145.1 ± 4.3	149.6 ± 3.9
Experimental II group ^a	133.7 ± 4.1	159.9 ± 5.3	167.4 ± 5.0
Within-group change score from baseline^b			
Experimental I group ^a		11.6 (10.0, 13.2) ^d	16.2 (14.0, 18.3) ^d
Experimental II group ^a		26.2 (25.0, 27.1) ^d	33.7 (32.2, 35.1) ^d
Between-group difference in change score^c		14.8 (12.3, 17.5) ^d	17.8 (15.4, 20.2) ^d
Active range of motion flexion (degrees)			
Experimental I group ^a	27.5 ± 3.9	32.2 ± 5.0	36.2 ± 5.2
Experimental II group ^a	29.2 ± 3.8	42.1 ± 5.3	46.2 ± 3.5
Within-group change score from baseline^b			
Experimental I group ^a		4.7 (2.6, 6.9) ^d	8.7 (6.4, 11.1) ^d
Experimental II group ^a		12.9 (10.6, 15.2) ^d	17.0 (17.9, 19.1) ^d
Between-group difference in change score^c		9.9 (7.1, 12.7) ^d	10.0 (7.6, 12.4) ^d
Active range of motion extension (degrees)			
Experimental I group ^a	12.9 ± 1.8	15.1 ± 3.3	16.9 ± 4.4
Experimental II group ^a	13.7 ± 5.1	24.6 ± 4.0	27.1 ± 3.0
Within-group change score from baseline^b			
Experimental I group ^a		2.2 (0.9, 3.3) ^d	4.0 (2.3, 5.6) ^d
Experimental II group ^a		10.9 (8.5, 13.1) ^d	13.4 (11.1, 15.5) ^d
Between-group difference in change score^c		9.5 (7.5, 11.4) ^d	10.2 (8.1, 12.2) ^d

^a Values are mean ± SD.

^b Compared to pretreatment.

^c Values are mean (95% confidence interval).

^d Statistically significant differences ($P < 0.01$).

是	否	療效型論文的評論要點
V		受試者是否為隨機分配？ 該研究所採用的隨機分配方法為 <u>由外部的臨床助理利用電腦軟體進行隨機分配。</u>
	V	是否將各種有利及不利的因子都加以測量？ 該研究欲探討的概念為 <u>本體感覺訓練與肌力訓練與相同運動治療合併關節與神經之徒手治療對於再發性踝關節扭傷病患之療效</u> 該研究所量測的變數為 <u>Cumberland 踝關節不穩定評量問卷、疼痛分數、疼痛壓力閾值、踝關節活動度、踝關節肌力</u> 該研究所未量測但可能影響結果的變數為 <u>踝關節扭傷再發率</u>
V		研究的樣本群是否與我國的相關族群相似？ 該研究的樣本群為 <u>慢性踝關節扭傷之病患</u>
V		是否有詳細的說明選樣標準？ 該研究樣本群的選取條件為<u>過去一年內曾發生踝關節扭傷、曾發生至少一次再發性踝關節扭傷、過去三個月內沒有踝關節扭傷、一週固定從事休閒運動三天以上</u> 該研究樣本群的排除條件為<u>過去接受過手術治療、下肢骨折病史、其他可能影響關節之穩定性與功能性之疾病</u>
V		是否說明樣本群的基本資料？ 該研究的樣本群基本資料包括<u>年齡、性別、身高、體重、身體組成</u>
V		是否闡述其病徵資料？ 該研究的樣本群病徵資料包括 <u>Cumberland 踝關節不穩定評量問卷、疼痛分數、踝關節肌力、關節活動度</u>
	V	是否分別考慮統計意義及臨床意義？ 統計意義：<u>實驗組與控制組在各項數據上都有達到組內與組間統計上的顯著差異(是否具有差異性)</u> 臨床意義：<u>文獻未提及最小臨床差異及探討其結果是否具有臨床意義(是否具有實用性)</u>
V		該項治療是否可行？ <u>是，治療方式為本體感覺、肌力訓練及關節與神經之徒手治療</u>
V		是否有詳盡的說明治療方式，可依其方法重新操作？<u>是</u>
V		治療機轉是否符合學理的推論？<u>是</u>
V		治療方式是否為病患或物理治療師所接受？<u>是</u>
V		治療器材是否易於取得？<u>是，運動治療中所使用的器材都在臨床可得</u>
V		追蹤觀察過程是否完全？ <u>是</u>
	V	選樣標準是否影響結果？<u>否，此試驗為隨機對照試驗</u>
	V	實驗樣本是否會相互交流？<u>否</u>
	V	流失樣本是否會影響結果？<u>否，文獻中未提及有樣本之流失</u>
V		是否有足夠的樣本數？<u>是，本篇有作統計檢定分析 (考量到療效評估的效應值、可能流失 30%之樣本、達到統計檢定力 0.95、α 值 0.05 所需之樣本數共 56 人)。</u>

個人評論

優點：實驗內容說明詳盡，易於之後研究人員或臨床人員應用。

缺點：實驗設計缺乏關節鬆動術與神經鬆動術的比較，實驗組 II 較多的進步也有可能是因為關節鬆動術造成的而非神經鬆動術。且本研究未執行神經動力學測試，不清楚患者是否有腓神經敏感性較高之問題。

附錄一、電子學習資料夾說明(E-Portfolio)

電子學習記錄(E-Portfolio)請於 <http://ncts.ntuh.gov.tw/> 以 portal 帳號、密碼登入使用(限院內網路使用)。每組期末需完成系統發送之所有表單，包含：

1. 小組教學課程：包括小組教學活動之教學活動學習紀錄單、小組報告(如實證醫學、小 seminar)之教學活動學習紀錄單。
2. 共同教學課程：包括期刊選讀會、病例討論會與復健部特別演講之教學活動學習紀錄單。
3. 跨領域教學課程：包括個案討論會之教學活動學習紀錄單。
4. 臨床實習教學：包括學系老師臨床教學紀錄、臨床老師病歷修改紀錄、臨床問題與回饋紀錄單。
5. 教學成效評核：包括學前與學後測驗(筆試)、期初與期末 Mini-CEX 評量表(操作測驗)及 DOPS 評量表(操作測驗)。
6. 實習學生期中評估表與期末評估表與基本目標自評表。
7. 實習學生輔導會談紀錄單。
8. 學習個案量紀錄表。
9. 病歷修改記錄。

附註：

1. 為落實病人隱私權，學習資料夾內資料不可留有病人姓名、病歷號、生日等足以辨認身分之訊息。複雜版病歷紙本需回收銷毀。
2. 實習學生離站單、醫事實習學生離院單不必放入個人學習資料夾。

表單使用說明

表單名稱	使用時機說明
教學活動學習紀錄單	「學習紀錄單」於各組教學排程表中的教學活動和共同教學活動時填寫，完成後請各教學活動指導老師核章。
迷你臨床演練(Mini-CEX)評量表	期初及期末執行臨床演練評估時使用。
DOPS 操作技能直接觀察評估表	各組指定一項操作技能評估時使用(各站只需完成一份)。
UGY 期中評估表	期中評估時使用，完成後同時請上下午臨床指導老師核章。(流程先給其中一位)
UGY 期末評估表	期末評估時使用，完成後同時請上下午臨床指導老師核章。(流程先給其中一位)
臨床教師修改病歷紀錄	請上傳至少 1 份修改病歷紀錄 (修改之病歷 PDF 檔，請刪除足以辨識個案之姓名、病歷號)
實習學生輔導會談紀錄單	「實習學生輔導會談紀錄單」，在實習學生於臨床實習當中發生重大學習問題或困難，以致於可能會無法達成該站實習標準，在確立該站不及格前，臨床指導老師及該站教學督導會同時進面談及輔導，同時以此單記錄，完成後會請會談學生、臨床指導老師及該站教學督導核章。
學員受訓期間學習個案量紀錄表	實習學生用以記錄上/下午負責病患的人數及複雜度。
臨床問題與回饋紀錄單	和臨床指導老師進行問題和討論時紀錄，內容可以記錄老師補充及討論內容或是自行尋找臨床指導老師指定問題的答案。
醫事實習學生請假單	實習學生請假時填寫，同時請臨床指導老師核章再交給葉千瑜老師。
教學影片拍攝及肖像使用同意書	病例討論會報告須拍攝個案影像時使用。
實習學生離站單(紙本)	實習學生辦理離站時使用。
醫事實習學生離院單(紙本)	實習學生辦理離院手續時使用。

附錄二、各組參考文獻

一、骨科組

1. 熱療儀器:物理因子治療學 廖文炫 張梅蘭 蔡美文 王淑芬等人編著。
2. Hertling D et al. Management of the Common Musculoskeletal Disorders. Physical therapy principle and methods. 4th edition. 2006
3. Walter JB. Basic atlas of sectional anatomy with correlated imaging. 4th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2007 (請參考該書，畫出 L3 的 cross sectional view，並標明肌肉)
4. Okubo Y, Kaneoka K, Imai A et al. Electromyographic analysis of transversus abdominis and lumbar multifidus using wire electrodes during lumbar stabilization exercises. J Orthop Sports Phys Ther. 2010;40:743-50.
5. Yang JL, Chang CW, Chen SY, Lin JJ. Shoulder kinematic features using arm elevation and rotation tests for classifying patients with frozen shoulder syndrome who respond to physical therapy. Man Ther 2008;13:544-51.
6. Stier-Jarmer M et al. How to apply the ICF and ICF core sets for low back pain. Clin J pain 2009;25:29-38.
7. Rundell SD et al. Physical therapist management of acute and chronic low back pain using the world health organization's international classification of functioning, disability and health. Phys Ther 2009;89:82-90.
8. Brotzman BS. Clinical orthopaedic rehabilitation, 2nd ed. Philadelphia: Mosby Inc., 2003.
9. Magarey ME, Jones MA. Dynamic evaluation and early management of altered motor control around the shoulder complex. Man Ther.2003;8(4):195-206.
10. Murphy DR et al. A theoretical model for the development of a diagnosed-based clinical decision rule for the management of patients with spinal pain. BMC Musculoskeletal Disorder 2007;8:75.
11. Fritz JM et al. Sub-grouping patients with low back pain: evolution of a classification approach to physical therapy J Orthop Sports Phys Ther 2007;37:290-302.
12. Child JD et al. Neck pain: Clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the orthopaedic section of the American physical therapy association. J Ortho Spots Phys Ther 2008;38:A1-A34.
13. TheraBand 十個迷思。請找林慧芬老師要檔案。

二、神經組

Required Readings

1. 台大醫院 Bedside 常用縮寫
2. Davis PM. Activities in lying. In: Right in the Middle. New York: Springer-Verlag; 1993:69-94.
3. Davis PM. Retraining Balance Reactions in Sitting and Standing. In: Step to Follow . New York: Springer-Verlag; 2000:166-97.
4. Ryersons S, Levit K. Transfer. In Functional Movement Re-education, Churchill Livingstone, pp.415-421,2000.
5. Somers MF. Transfer skills. In: Spinal Cord Injury: Functional Rehabilitation. Connecticut: Appleton and Lange; 1992:228-54.
6. Waters RL, Adkins R, Yakura J, Vigil D. Prediction of ambulatory performance based on motor scores derived from standards of the American Spinal Injury Association. Arch Phys Med Rehabil 1994;75:756-60.
7. Lazar RB, Yarkony GM, Ortolano D, et al. Prediction of functional outcome by motor

capability after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1989;70:819-22.

8. Morris ME. Locomotor training in people with Parkinson disease. *Phys Ther*. 2006;86(10):1426-35.
9. Davis PM. Walking. In: *Right in the Middle*. New York: Springer-Verlag; 1993:224-265.(10.2-10.5)
10. 胡名霞。先左腳、先右腳：如何教你的中風病人跨出第一步。中華民國物理治療師月刊。2005;64:12-16。
11. Patricia Sullivan, Prudeue Markos. Clinical practice in therapeutic exercise: Treatment equipment. 215-243.
12. Carrière B. Exercise Descriptions. In: *The Swiss Ball: Theory, Basic Exercises and Clinical Application*. 1st ed. Springer; 1998:143-197.
13. Lotte Wevers, Ingrid van de Port, Mathijs Vermue, Gillian Mead and Gert Kwakkel. Effects of task-oriented circuit class training on walking competency after stroke: a systematic review. *Stroke* 2009; 40:2450-2459.

Suggested Readings

1. Malone DJ, Lindsay KLB. Bed rest, deconditioning, and hospital-acquired neuromuscular disorders. In: *Physical Therapy in Acute Care: A Clinician's Guide*. Slack Incorporated; 2006. p. 93-110.
2. Stucki G, Stier-Jarmer M, Grill E, Melvin J. Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disabil Rehabil* 2005;27:353-9.
3. Yozbatiran, N, Donmez B. Electrical stimulation of wrist and fingers for sensory and functional recovery in acute hemiplegia. *Clinical Rehabilitation* 2006;20:4-11.
4. Kwakkel G, Wagenaar RC, Twisk JW, Lankhorst GJ, Koetsier JC. Intensity of leg and arm training after primary middle-cerebral-artery stroke: a randomised trial. *Lancet* 1999;354:191-6.
5. Carrière B. Exercise Descriptions. In: *The Swiss Ball: Theory, Basic Exercises and Clinical Application*. 1st ed. Springer; 1998:143-197.
6. Jacquelin Perry. Chapter 1-3. In: *Gait Analysis: Normal and Pathological Function*. Thorofare, N.J.: Slack; 1992:1-47.
7. Sullivan PE, Markos PD. Clinical Procedures in Therapeutic Exercise. 2nd ed. Connecticut: Appleton and Lange; 134-44, 185-95. (PNF)
8. Carrière B. Exercise Descriptions. In: *The Swiss Ball: Theory, Basic Exercises and Clinical Application*. 1st ed. Springer; 1998:143-197.
9. Davis PM. Shoulder Problem Associated with Hemiplegia. In: *Step to Follow*. New York: Springer-Verlag; 2000:322-375.

三、小兒組

1. Darrah J, Piper MC, Watt MJ. Assessment of gross motor skills of at-risk infants: predictive validity of the Alberta Infant Motor Scale. *Dev Med Child Neurol* 1998;40:485-91.
2. Piper MC, Darrah J. Motor Assessment of the Developing Infant. Philadelphia: WB Saunders; 1994.
3. Sheahan MS, Brockway NF. The high-risk infants. In: Tecklin JS. *Pediatric Physical Therapy*. 4rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
4. Jeng SF, Yau KIT, Teng RJ. Neurobehavioral development at term in very low-birthweight infants and normal term infants in Taiwan. *Early Hum Dev* 1998;51:235-45.
5. Morgan AM, Koch V, Lee V, Aldag J. Neonatal neurobehavioral examination - a new instrument for quantitative analysis of neonatal neurological status. *Phys Ther* 1988;68:1352-8.
6. Crane LD: Respiratory failure in the neonate – preferred parctive pattern 6G. In: Irwin S,

- Techklin JS, editors. *Cardiopulmonary Physical Therapy – A Guide for Practice*. 4th ed. 2004.
7. Palmer MM. Identification and management of the transitional suck pattern in premature infants. *J Perinat and Neonat Nurs* 1993;7:66-75.
 8. 廖華芳。小兒物理治療學。第三版。台北：禾楓書局有限公司；2011。
 9. 廖華芳。嬰幼兒及其家庭早期介入。台北：華騰文化股份有限公司；2005。
 10. 蘇建文。認知發展：皮亞傑的理論與維高斯基的社會文化觀點。蘇建文。發展心理學。台北：學富文化事業有限公司；2003。
 11. 吳武典主編。行為改變技術實用手冊 1-4。台北：心理出版社；1998。
 12. 教育部特教工作小組。學前特殊教育課程-指引手冊。台北：教育部；2002。
 13. 徐澄清。因材施教-氣質與兒童發展。四版。台北：健康文化事業股份有限公司；2003。
 14. Campbell SK, Vander Linden DW, Palisano RJ, editors. *Physical Therapy for Children*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2005.
 16. Tecklin JS. *Pediatric Physical Therapy*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
 17. Jaeger L. *Home Program Instruction Sheets for Infants and Young Children*. Tucson (AZ): Therapy Skill Builders; 1987.
 18. Palisano RJ. A collaborative model of service delivery for children with movement disorders: A framework for evidence-based decision making. *Phys Ther* 2006;86:1295-305.
 19. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence-based care guideline: Pediatric Constraint Induced Movement Therapy. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. 2009.
 20. Gordon MA. To constrain or not to constrain, and other stories of intensive upper extremity training for children with unilateral cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2011;53:56-61.
 21. Rodda J, Graham HJ. Classification of gait patterns in spastic hemiplegia and spastic diplegia: a basis for a management algorithm. *European Journal of Neurology* 2001;8(Suppl 8):98-108.

四、心肺組

1. Malone DJ. Cardiovascular Diseases and Disorders. In: *Physical therapy in acute care: a clinician's guide*. Edited by Malone DJ, Lindsay KLB. NJ: Slack, 2006. p139-210.
2. American College of Sports Medicine. Exercise prescription for cardiac patients. In: American College of Sports Medicine. *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 165-99.
3. 吳英黛編著。呼吸循環系統物理治療：基礎實務（第二版）。台北：金名圖書，2010。

五、急性組

1. Ryersons S, Levit K. Transfer. In *Functional Movement Re-education*, Churchill Livingstone, pp.415-421, 2000.
2. Somers MF. Transfer skills. In: *Spinal Cord Injury: Functional Rehabilitation*. Connecticut: Appleton and Lange; 1992:228-54.
3. West MP. Acute care setting. In: Paz JC, West MP. *Acute Care Handbook for Physical Therapists*. 2nd. Boston: Butterworth-Heinemann; 2002. p. 749-62.
4. Malone DJ, Lindsay KLB. Bed rest, deconditioning, and hospital-acquired neuromuscular disorders. In: *Physical Therapy in Acute Care: A Clinician's Guide*. Slack Incorporated; 2006. p. 93-110.

附錄三、實習 Q & A

一、對各組的建議或疑問

骨科組		
	建議或疑問	回覆
1	book reading 易讀實用，但晨間教學的時間稍顯不足，尤其是核心訓練那堂課，且在 207、208 上課的儀器噪音干擾較大，希望能有其他較沒有干擾的上課場所	臨床教學時間永遠都不夠，我們只是引導各位同學思考如何解決問題或是大概方向，至於環境方面，我們會找其他適合的環境。
2	希望小組課程技術指導可再多一些，比如關節鬆動術時不知該給多少力道。	目前小組課程技術指導課程佔了約近一半，會再建議臨床老師在臨床時間多加一些實作指導，另外大學操作治療課程中亦有教過，同學來臨床之前希望能先預習。
3	建議可以多排入輔具應用的課程。	目前已將足部輔具加入晨間課程中。
4	小組課程安排很好。	會繼續保持。
5	參考資料格式跑掉，尋找困難	會再修正。
6	骨科環境較擁擠，設備嫌不足，希望可增加設備。	目前空間擺設已滿，考慮到病患出入空間，無法再增加設備。
7	評估課程希望可早點上完。	目前評估課程盡量在第二週前上完。
8	Topic 時間希望不要排到最後一天，因為書面報告還要記錄報告當天的問題與回饋會比較趕。	原則上會在第六週週三前完成小組報告，但有時因為放假或專題演講佔用所有可用時間，才會用到最後一天。
9	核章流程過於冗長，可仿照小兒組。	會再簡化核章流程。
10	希望訓正老師教學前的早上可以給學生多 10-15 分鐘買飯、吃飯（訓正老師都 12 點才放人 謝謝）	實習前的提示中有跟各位同學提到，務必前跟指導老師說中午有課程，請老師提前結束教學或請同學代買午餐。
11	把環境大掃除設為晨間教學的時間進行。	多數同學認為教學時間不夠，而且早上 8:00 有很多臨床病人，並不適合整理環境。
神經組		
	建議或疑問	回覆
1	結合 practice 十分實用，有人提問能讓我用不同角度思考，若能制定一套鼓勵發言的辦法更好。	將會擬定一套鼓勵發言的辦法。
2	希望能增加在不同種類個案，由評估擬定方案的分別及注意事項的引導。	會於臨床教學上加強不同種類個案，由評估至擬定方案的區別及注意事項上的引導。
3	覺得門診的個案數量有點太多，較沒有充分的時間去閱讀病人的病歷，最多五個可能比較適當。	應該都是 5 個，下午時間較長，可能會超過，病人太多可與老師討論。
4	簡單教導一些中風常見問題，例如 shoulder subluxation 的介入方法或 shoulder pain, swelling 的處理；mentality 低如何改變治療的強度等。	中風病患 shoulder 常見問題的治療，目前已排定在小組教學中，其它會由臨床教學上面加強。
5	希望實習第一天碰到的病人雖都能讓學生詳細評估。	因臨床上的個案已有固定來院的治療時間，且人數很多，所以臨床老師無法讓學生實習第一天碰到的病人都能在督導下詳細評估，同時學生大多於實習第一天均未進入情況且不熟病人和評估內容，所以建議在老師的帶領下以了解病人現在情況為主。

6	操作技巧（如 PNF）的內容很多，實際操作時間有點不夠充裕、transfer 和 walking 的內容太多無法在一小時內完整地報告又 demo。	將會討論將來在技巧性為主的課程，刪除同學報告的時間，直接以實際操作來上課指導，同時以給予作業的方式來代替同學的報告。
7	黃文興老師要我們自己先設計一套評估流程，這樣的作業令我們十分受用。	會持續保持。
8	老師到處趴趴走，很難找到老師簽核作業，建議老師課後提供找到他的方法。	請按實習週數完成不要擠到最後找老師。
9	在準備病例報告上，希望日後老師能在第一周決定個案，讓學生在眾多報告外，能有更充分的時間準備報告以及跟指導老師討論，EBM 的教學時間可再早一點，可盡早挑選適當的病人。	理論上，老師對於學生病例報告準備上也希望能及早決定個案，但是臨床個案數量及種類不是可以被預期的，因而也要看當時是否有合適的個案，同時也須得到個案同意。EBM 的教學的教學已提早在第二週，使學生可以更早挑選適當的病人作報告。
10	治療室中 SET 的使用是否能列出時間表來分配個案，不然常常會出現病人相衝的現象。	SET 因設架在治療床上的天花板，因治療床的使用無法以時間表作分配，所以無法列出時間表來分配 SET 之使用時間。
11	書籍導讀：希望能在實習一開始即發放紙本講義，一方面因為電子掃描檔的圖片及文字容易模糊不清，另一方面也可以提供大家即早開始閱讀瞭解，最後更重要的是能夠在同學及老師講解時寫下重點筆記以增加學習效果和印象。	因應院方節約減碳的政策，同時鼓勵電子化教學，不再供應實習學生學術相關用紙。本組也在實習一開始即發放相關電子檔及文獻出處，若同學有需要紙本或是電子檔有不清楚的地方，可以自行印出或搜尋原稿。
12	書籍導讀：希望時間跟內容量能控制得較一致，讓實際練習時間能拉長	會請上課指導老師多一些實際練習，但是為使上課內容完整，若有不足練習時間，鼓勵學生也可以將所學用於實習臨床當中，也可以和臨床老師討論相關技巧。
13	評估與治療：剛開始實習一兩週時，需要老師較多的一些評估的指導。例如怎樣是正確的施測方法。治療部分，由於個案時間排得相當緊密，所以在治療時間內，做完治療後，並無太多時間嘗試其他新技巧、檢查在病人身上。希望時間可以稍微隔開一點。	評估正確性及流程在本組第一週時即有安排課程，若有評估上的疑問，可以和臨床老師討論。 治療部分，學生實習應配合醫院的正常作業時間，個別治療時間已給學生較多的時間，應學習時間的掌控以及安排治療內容，若要嘗試其他新技巧、再次檢查病人，應於有限時間內完成，如此實習才能較為接近醫院工作的生態，有特殊個案所需治療時間較長，可以和臨床指導老師討論。
14	技術指導：希望老師增加技術指導、臨床操作之教學	臨床晨間教學已有許多技術、臨床操作相關之教學，在實習過程中，若有使用上的疑問可以多請教臨床指導老師。
15	有時候病房討論會都會開很久(到一點半)，耽誤到下午病人的治療時間	復健部病房討論會為兩週一次對住院病人進行多專業溝通，時間由主持主治醫師掌控，多數會準時結束，少數因各組專業報告會延宕，請指導老師協助實習生報告的流暢性與安排好下午治療的病人。
16	對學生批評多鼓勵少，學生犯錯時指導用詞偏頗，令學生難以區分適合與老師討論的問題與自己應該具備的能力	學生應以自我為中心學習，每個指導老師都有針對不同能力的實習生按照其適應狀況加以調整，如與老師溝通有障礙時應主動與指導老師確認自己的認知是否與指導老師相同，如無法溝通應尋求其他管道，如找教學督導與總教學長及指導老師加以開會釐清。
17	個案量不定，學生難以均衡分配評估新病人的機會	當指導老師指導兩位實習生時，會按照每個實習生的能力給予個案量與新病人的評估量，如發現自己的個案量較少時，可主動與指導老師討論釐清自己的學習狀況是否跟上實習的腳步，或需加強哪些基本知識與評估能力。
18	老師可以多教導碰到不同疾病在不同時期的治療方法與手法	老師會根據疾病在不同時期於臨床教學上由評估至擬定治療手法的區別及注意事項上的引導。

19	希望第一周老師可以介紹學生哪些書籍對於臨床技巧特別實用的部分	實習時的參考文獻及建議閱讀的文獻會列在實習手冊上，如要針對臨床技巧的部分可主動詢問指導老師。
20	這部份希望第一周指導老師可以給予多一點提醒或指示，雖然有聽 orientation, 但還是沒能很快掌握, A1 時可能比較需要。	都常 A1 指導老師都會對個案的治療給予提醒與指示，不懂的同學要主動詢問，才可以盡快適應。
21	201 的投影機的色調和電腦的畫面差異性很大，在部分報告時很難看清楚	儀器目前已逐步汰舊換新中。
22	覺得文獻都很受用！	會繼續保持與更新，希望同學都能事先閱讀。
23	透過同學報告與老師補充的方式獲益良多，但希望實作練習還可以多一些	由於晨間教學時間有限，可詢問授課老師重點加以報告，並留時間實作練習。
24	了解其他專業做的治療，和其他不同專業一起為病人努力的感覺很棒！	繼續保持。
25	老師們會提出不同且深入的思考與問題，激盪我們的想法	繼續保持。
26	希望病人量可在 4~5 位，較有時間了解每個病人狀況	指導老師會按照實習同學的能力分配病人，病人量大致 4~5 位，想多接病人的同學可以主動跟老師說來增加自己的臨床經驗。
27	可以多一些臨床技術的教學，EX: facilitation 的例子與技巧	有遇到合適的病人指導老師會教導 facilitation 的技巧，如 PNF 等。
28	學生打掃可以配合打蠟時間。另外地板的灰塵太容易累積，希望可以請清潔隊兩天一次掃+拖地	會反映給清潔隊知悉，但希望同學們要養成維持環境整齊清潔的習慣。
29	可以再增加多一些課程教學	由於晨間教學的時間有限，會先以基本的課程為主，實習手冊有附上建議參考書目提供同學額外的閱讀。
30	有幫學生分配各種病人種類很好	會繼續保持。
31	會抽時間看學生做病人並給予討論回饋，很好	會繼續保持。
32	經由經驗分享聽到很多案例及學到新知識很好	會繼續保持。
33	覺得內容很有收穫，只是缺乏連結到臨床病人的機會或嘗試，可請指導臨床老師稍稍提醒。	希望同學能主動告知指導老師所想要執行的技術，指導老師會選擇合適的病人給與練習。
34	不同老師教學方法不同，但都同時能增加臨床的思考和應用的能力。	會繼續保持。
35	覺得雙方面都有提出些臨床問題討論，雙方都做到效果會很不錯。每次留下來討論的方式也讓學生跟個案更熟悉，更能去調整適合病人的 program	會繼續保持，但希望同學能妥善規劃時間(含治療，寫病歷與討論)，這樣可吸收更多的臨床經驗與知識。
36	病例討論會有助於更全面理解病人，並再次熟悉個案現在狀況。	會繼續保持。
37	有點想理解對於神經評估初步的鑑別診斷與連結於臨床應用的部分	實習生可多花點時間整理手上的病人評估資料，臨床治療前與指導老師討論治療技巧，可樣可收穫更多
小兒組		
	建議或疑問	回覆
1	設備多樣性，但並非一開始就了解全部的器材，建議可以有一堂課做粗略地介紹或是以紙本呈現，也可減少臨床上老師與學生講解的時間。	大三有一堂小兒輔具的課程，應已實地演練，實習課程緊湊，無法再插入基本課程，同學可利用時間詢問已會操作的同學。
2	可以在第一周加強對孩子安全的保護的意識和技巧。	若晨間教學時間允許，會考慮安排一堂課進行。

3	電腦不足以讓大家一起打病歷，筆電也系統不相容無法寫病歷，導致若五個同學下午 4:00~5:00 都有病人，五點後都必須留下等到有電腦可用。	1. 目前已增加一台電腦在辦公室使用。 2. 使用筆電寫病歷系統和桌機系統完全一樣，請同學若使用上有問題可向指導老師詢問。 3. 目前大部分學生在 16:30-17:00 並無安排個案，且每個個案之間都會間隔 30 分鐘病歷寫作時間，請同學需分配時間，不要將所有病歷累積到下班後完成。 4. 在醫院的規定下，每治療室的電腦數與治療師人數相當（治療室內有 4 名治療師，所以目前配額下有 5 台電腦是足夠使用的），並不因為實習生人數而增加電腦。且在一般排程下，不會同時所有實習同學都有病人，都是交錯排病人的。同學應妥善利用空檔時間使用公用電腦。
4	書籍導讀部分：希望可以增加更多臨床常見的文獻導讀；希望可以多閱讀治療相關閱讀；想要讀到更多跟治療較相關的概念；有很多偏向大觀念的 paper，不知是否可以改成自己閱讀；有些內容很久沒有更新，希望可以換不一樣的內容。	已於 104 學年 A6 組刪掉部分理論課程，加入步態評估與訓練課程，三堂臨床演練課程(practice)即是治療部分的教學，考量整體教學目標與可利用之教學時間，仍維持目前安排，建議同學們可以主動閱讀相關文獻，也可主動向老師詢問準備與報告方式以增進學習效率。除了小組教學閱讀內容外，相信同學們也會依照臨床問題與個案情況自主學習查詢相關知識與閱讀資料，而非僅閱讀老師指定資料而已。希望小組教學不要過量或塞滿實習所有時間，留給同學時間自主學習。
5	針對小兒常見疾病或手術做 PBL。	實習時每位個案其實均為 PBL 的最佳個案。建議同學們在遇到個案相關問題時即可以在校所學習之 PBL 方式，以個人或小組合作方式查詢相關資訊與實證，例如罕見疾病相關資訊、預後等等，與指導老師討論後做出決策；例如先自行查詢骨科手術後的手術方式、預後等，依實證與已具備知識列出目標，再與老師討論，應可符合 PBL 之學習精神)。
6	建議評估工具的課程可以提早一點上，之後幾周用起來比較容易上手；將臨床常用評估量表示範一次；希望常用的評估工具都可以實際使用在自己的個案身上。	已於 104 學年 A4 組起將評估工具課程提前，但因小兒使用之評估工具眾多，無法一一示範。常用評估工具台大同學在大三修習小兒物理治療學時已經有過使用經驗。評估量表僅為評估個案時所收集資料的“一部份”，並非絕對黃金標準，若不清楚其他評估方法僅一味追求使用評估量表，則“濫用”比“不用”更糟糕。建議同學們可先互相練習，再將不確定項目事先請教老師確認施測方法，就可達到實習所訂目標。不同評估工具有不同使用目的，但臨床實習最重要的是依個案需求選擇是否使用評估工具或何種評估工具。同學們可互相討論分享使用不同工具經驗，也可與指導老師討論是否經由觀察或與參與其他同學個案評估學習到與自身個案不同的評估工具使用經驗。
7	建議指導老師在介紹不同評估工具或治療手法時，可以讓其他實習治療師一起學。	因此為隨機教學，歡迎同學主動向講授老師提出，老師應都很歡迎其他同學加入聽講。
8	若將某次治療用攝影機錄起，再就影片討論，會是十分踏實的指導方式。	需事先徵求病人與家屬書面同意用途，此為教學方式的一種。指導老師會視同學學習情況給予不同方式回饋。
9	希望提供個案和病例討論會的範例。	下梯實習起會提供範本供同學參考。
10	報告製作，希望有範例可尋或將所需項目講清楚。	下梯實習起會提供範本供同學參考。
11	負擔在合理範圍，但報告內容標準與在校不一，希望事先說明。	因不同實習單位對報告內容標準有不同規定，與在校標準多有出入。在報告前指導老師應會說明，同學有任何疑問也歡迎提出。

12	希望能在第一天 orientation 時知道玩具、擺位輔具、等相關器材詳細的位置。或是能用照片的方式讓大家有大致上的了解。	原本各玩具櫃內已有各玩具照片。已新增有物品擺位位置照片張貼於治療室各角落。
13	希望行政作業流程能交代清楚，因會有許多自己不知道的情況。	一般行政作業流程在開始實習第一天早上會由行政督導說明。但預期同學們在實習前三週仍會常常碰到不知道情況。建議隨時詢問身邊老師，不一定非得詢問指導老師。
14	希望病例書寫時間可再延長(下班後)。	目前大部分學生在 16:30-17:00 並無安排個案,且每個個案之間都會間隔 30 分鐘病歷寫作時間,請同學需分配時間,不要將所有病歷累積到下班後完成。
15	各項技術指導能夠自主練習，在予以評量令人印象深刻、老師可以先讓學生思考問題，待學生想出想法後再給予回饋，這樣子學生會對問題印象更深刻。	謝謝同學所給予的正向回饋。小兒組所有臨床老師一致教學目標即為養成同學們獨立思考能力。所以也建議同學們提問時，可先將自己依實證或邏輯思考推測出可能的答案告訴老師，老師再給予回饋與解答。這樣可使同學對於所問問題有更深入的了解。另外要提醒同學們的是，有些時候同學所問的問題若老師認為同學有能力可以自己找到答案，老師不一定當場回答，而可能要求同學先自己找答案再給予回饋。這乃是基於前述原因的教學作法，並非找同學麻煩或老師不願回答，請同學了解，並也用積極的態度進行實習。
16	小兒組學生的討論休息室常常都是 OT 在使用，希望我們也可以有自己的討論休息室，增設學生自習或打病歷的地方。	兒醫 4 樓的討論室為所有專業共用，當然 PT 同學也可使用。若同學臨床實習時間有自習需求，可經指導老師同意後至討論室自習。中午休息時間則可自由至討論室休息或自習。

心肺及急性神經組

	建議或疑問	回覆
1	基本上都是按照老師設定的份量去執行，我個人認為會少了一點主觀的判斷訓練。 在心肺的部份，在運動強度的訂定上希望能再給予相關的 practice 課程。/建議心肺 OPD 可以先講一次處方的原則，盡量不要讓學生犯錯後才知道要做什么(有些人可能不是很清楚)。	門診病人之訓練強度須循序漸進，運動處方的原則提供參考文獻供同學複習，病人之個別差異極大，可以主動跟老師討論。
2	dropbox 僅急性範本為居多，建議心肺的 ppt 範本也可以放上去	108 年度開放由學生主動向指導老師申請 PPT 範本
3	病患數可再增加	配合實習規劃 每半天 第一週 1-2 名 第二週 2-3 名 第三週 3-4 名 學生如有個別需求可以向指導老師說明。
4	可多給一些作業，回家多一些功課。	除每週進度之外 已另外提供參考資料 基於大四應培養主動學習之態度 目前不會增加指定作業的分量。
5	209 的 EKG 收訊感覺不是很好	2019 年已更新。
6	個案和病例討論會：適中、盡量不要中午時間、老師講解清楚。	為配合其他醫療人員時間，只能在中午舉行，且每六週僅二次。
7	希望老師可以不要在病人面前討論學生不好的地方，可以在病人結束後再跟學生說，或是用比較隱喻的方式當場講，盡量不要跟病人一起討論學生的缺點。	1. 如有危害病人安全的嚴重問題，指導老師會現場糾正。 2. 如為學生個人溝通問題、態度問題、學習困難會盡量私下與學生討論及輔導。

8	1. 我認為心肺分成三週三週有點特別.... 2. 實習手冊似乎沒有跟此進度更正學習目標。 3. MiniCEX 也無法看到 Outcome(前後比較的差異)	1. 為提供較全面完整的心肺物理治療實習，才不嫌麻煩的將 6 周實習分割為門診病患 3 週及病房病患 3 週。 2. 每一梯次的簡介及實習說明時均已向學生說明實習手冊中的進度會因先到門診病患 3 週組或病房病患 3 週加以調整，如有疑問請盡快向指導老師反應。下年度會再更仔細的說明。 3. 本站實施 MiniCEX 的目的在於教學，期望使學生了解實際操作時的問題，不予計分。
9	如 CT、EKG、6MWT、X 光等較具臨床應用性的課程可以向前移動，讓學生盡早準備好	已盡力將此類課程往前排。
10	心肺/急性組希望可以增加一些自由選讀的期刊或書目。	實習手冊上有參考書目，若還有需要可看一下神經組的參考書目，否則也可與指導老師討論一下想要深入研究的議題與方向。
11	教學方法：第一個星期可以讓老師多 DEMO 臨床技術，讓學生們能更易上手。	第一週會盡量示範臨床技術。
12	比較少看到心肺組老師在病房的治療，剛開始去會比較沒有頭緒	實習第一周指導老師會示範治療病人之流程，請同學參考，如有疑問，建議當日提出問題與指導老師溝通。
13	可增加觀摩老師治療的機會，因為我覺得急性病房的 program 設計因受到器材和環境限制，治療師更需要想像力去做發想，但實習生剛接觸可能比較想不到多樣的 program。	可與指導老師討論，如何在治療前利用環境做適當的治療方式設計。
14	希望在報告之前老師們可以幫忙看一下 PPT 內容	請同學主動向指導老師提出需求。
15	希望可以觀摩老師們的報告	每月有一次治療師的在職訓練，歡迎大四同學自由參加。
16	我覺得老師可以再要求學生查詢相關問題時推薦合適書籍給學生 因為學生大多沒有買這些書 也不知道去圖書館後該從何查起	請同學主動向指導老師提出需求，治療室中備有充分的參考書，亦可以網路搜尋資料。
17	心肺組，閱讀作業都在前一天才上傳到社團資料夾，希望一開始就能提供檔案下載	第一天的課程簡介中已經說明當週小組長需事先與授課老師聯繫確認相關參考資料，請務必提早準備。
18	急性專題報告如果時間許可，建議拆成 2 天，以利聆聽者吸收。	為了避免教學時間安排在中午時段，且需與心肺組協調，後續會參考學生人數，做適當的教學時間安排。
19	guideline 的重點摘要作業，指定閱讀的年份為 2000 版，建議能更新為較新版本的資訊	108 年度會更新版本
20	多一堂 ventilator	會在遇到病人時提供相關參考資料
21	雖然不用報個案，但還是希望至少練習一次複雜版病歷的書寫，可以比較清楚病人的狀況，以及增進臨床推理的能力，方便跟老師討論。	會列入教學內容安排。
22	209 的血壓計可以考慮汰換其中一部份	會定期汰換錶式血壓計。

二、對共同教學活動的建議或疑問

	建議或疑問	回覆
1	特別演講： 想聽多一些特別演講。 希望能夠多參加不同專業的演講。 希望 A1 就有。 希望場地的選擇不要距離上班的位置太遠。	特別演講為復健部舉辦，每年 2,7,8,9 月不會舉行，因此 A1 不會有特別演講。場地及時間也因為要和部門中其他專業一同參與而需較大場地(兒醫 B1 或第七講堂)，時間上也無法調整，皆為七點半開始。需要的用品請同學要提早準備。
2	希望可以不用寫病例討論會的會議紀錄，邊聽邊紀錄很難專心，如果是期刊的紀錄還可以把期刊找出來閱讀，寫學習單學到東西，但病例討論會的東西會很快速地講過，根本來不及抄寫，甚至無法很流暢地專注於報告中	學習記錄單旨在重點摘要，並留下學習佐證。也是一種學習上的訓練。

3	其實有聽沒有很懂得比例有點高，但是可以從老師的問題中找出關鍵 較無法直接從聆聽同學報告過程中，在實驗設計上找出研究的優缺點，以及是否會影響實驗結果	建議同學積極發問，以討論的心態進行學習。並從老師同學的問答中發掘重點。
4	少有人報小兒的期刊	每站盡可能會分配不同站別的個案報告及期刊選讀，會盡力平均安排讓骨科、神經、小兒、心肺急性都有報告。
5	可以在期刊選讀會上吃早餐嗎？看到老師吃我也好想吃...這樣就不用邊走邊吃了	若共同教學地點在 415，是可以吃早餐的。但兒醫 B1 或第七講堂因場地規定而禁止飲食。
6	應該有人協助控時以免報告者講太慢耽誤大家時間，建議如果有影片的應該修剪過後再撥放	報告時間已載明於手冊中，主持人也可協助提醒指導老師時間。簡報內容皆為評分的一部份，影片若太粗糙未剪接也會被扣分。未來每站共同教學開始前會再加強宣導。
7	希望老師們對於報告內容的要求都是一致的，不會偏頗；準備時間太短，對於第一個報告的同學來說很不公平。	給分標準已經載明於評分表中。對於第一個報告同學，大部份老師應會較為寬容，但報告同學及指導老師仍應確保報告內容完整達到要求。
8	老師的詢問學生問題時可以針對病例本身進行發問，同時須考量學生可以回答的範圍以及知識多寡。畢竟學生的資歷不如老師資深，需要靠臨床經驗累積的知識，學生當下可能回答不出來。如果是比較困難的問題，可以指名請指導老師幫忙回答。面對病例討論會，大多的學生都戒慎恐懼的準備著。若老師們在討論會當下可以提供鼓勵性、正向的回饋，學生日後對於類似的報告較不會心生恐懼，且更能從中汲取經驗。	會與臨床老師們溝通提問的難易度調整，以及鼓勵多予建議方式正向回饋。
10	建議在 408 安排值日組維護環境整潔，骨科、神經、急性心肺輪流，各負責兩週	應安排值日組維持整潔。
11	希望可以看到大家的投影片，handout 上的資料感覺不夠充足，之後寫學習單跟複習都稍嫌不足	投影片屬於製作者所有，應私下跟同學索取。
12	408 空間太小，有些同學甚至坐在 4 樓椅子上吃午餐	視情況調度治療室做為中午休息空間。
13	建議提供期刊選讀會指導老師的信箱，以利實習前與老師聯絡。並非所有老師都方便以交友/通訊軟體找到，謝謝。	建議來電與老師聯絡，或是與學務企劃長索取老師聯絡信箱。

附錄四、急性神經及神經組物理治療常用縮寫

AAROM	active assist range of motion
ABG	arterial blood gas
ACA	anterior cerebral artery
Acom	anterior communicating artery
AD	Alzheimer's disease
ADL	activities of daily living
AICA	anterior Inferior cerebellar artery
AMB	ambulation
AROM	active range of motion
AVM	arteriovenous malformation
BA	basilar artery
BADL	basic activity of daily living
CAD	coronary arterial disease
CADL	communicative abilities of daily living
CBF	cerebral blood flow
CCRT	concurrent chemo-radiotherapy
CHD	congenital heart disease
CHF	congestive heart failure
CJD	Creutzfeldt-Jakob Disease
CPA	cerebellopontine angle
CSF	cerebro spinal fluid
C/T	chemotherapy
CVD	cerebrovascular diseases
DBS	deep brain stimulation
DMD	duchenne muscular dystrophy
DNR	do not resuscitate
DVT	deep vein thrombosis
ES	electrical stimulation
ESRD	end stage renal disease
ETGA	general anesthesia with endotracheal tube
EVD	extraventricular drainage
FES	functional electrical stimulation
FIM	functional independence measure
FROM	functional range of motion
FTD	frontotemporal dementia
FTSG	full-thickness skin graft
F/U	follow up
FWB	full weight bearing
Fx	fracture
H/D	hemodialysis
HEENT	head-eyes-ears-nose-throat
HEP	home exercise program
HF	heart failure

H&N	head and neck
HSV	herpes simplex virus
HT;HTN	hypertension
HZV	herpes zoster virus
IADL	instrumental activity of daily living
ICH	intracerebral hemorrhage
ICP	intracranial pressure
IICP	increase intracranial pressure
LMN	lower motor neuron
LP	lumbar puncture
MCA	middle cerebral artery
MDRAB	multidrug-resistant <i>Acinetobacter baumannii</i> 多重抗藥性鮑氏不動桿菌
MD	medical doctor
MEP	motor evoke potential
MMSE	mini mental status examination
MND	motor neuron disease
MPS	myofascial pain syndrome
MRI	magnetic resonance imaging
MRSA	methicillin- resistant <i>staphylococcus aureus</i> 具甲氧苯青黴素 (methicillin)抗藥性金黃色葡萄球菌
MRV	magnetic resonance venography
NCV	nerve conduction velocity
NDT	neurodevelopmental treatment
NG tube	nasogastric tube
NMES	neuromuscular electrical stimulation
NWB	nonweightbearing
OA	osteoarthritis
OPD	out-patient department
PAOD	peripheral arterial occlusive disease
PCA	patient controlled anesthesia
Pcom	posterior communicating artery
PDRAB	pandrug-resistant <i>Acinetobacter baumannii</i> 全抗藥性鮑氏不動桿菌
PD	Parkinson's disease
PICA	posterior inferior cerebellar artery
PNF	proprioceptive neuromuscular facilitation
PRO	pronation
PWB	partial weight bearing
PWBS	partial weight bearing suspension
QOL	quality of life
RCT	rotator cuff tear
RHD	rheumatic heart disease
RIP	reflex-inhibiting pattern
R/O	rule out
RSD	reflex sympathetic dystrophy

Rx	treatment; therapy
SAH	subarachnoid hemorrhage
SAS	sleep apnea syndrome
SDH	subdural hematoma(hemorrhage)
SOB	shortness of breath
SSEP	somato-sensory evoked potential
S/S	signs and symptoms
STSG	split thickness skin graft
Sx	symptom
TIA	transient ischemic attack
UMN	upper motor neuron
UTI	urinary tract infection
VA	vertebral artery
VBI	vertebrobasilar insufficiency
V.F.	visual field
VRE	Vancomycin-resistant enterococci 對vancomycin具抗藥性之腸球菌

附錄五、查詢文獻資料相關辦法

一、台大醫圖使用時間

<http://ntuml.mc.ntu.edu.tw/Libopen.action>

- * 國定假日、清潔日、發電機檢測日不開放
- * 各地社區醫療人員僅需以簡便換證的手續即能入館
- * 可於校外連線，設定方式請洽圖書館網站

二、利用館藏目錄、電子資源查詢電子期刊、資料庫、電子書等。

三、取得其他機構之文獻：進入台大醫圖網頁，點選讀者服務項目，透過全國文獻傳遞服務系統(NDDS)或期刊文獻快遞浮覆(JADE)提出申請。

<http://www.lib.ntu.edu.tw/>

The screenshot displays the National Taiwan University Library (NTULIB) website. At the top, there is a navigation bar with links for '臺大首頁', '行事曆', '常問問題', '聯絡我們', and '意見回饋'. Below this, the library's name '國立臺灣大學圖書館' and 'National Taiwan University Library' are shown alongside a building illustration. A search bar with the placeholder '自訂搜尋' is located on the right. The main content area features a dark overlay with a search bar and a magnifying glass icon. Below the search bar, there are links for '進階查詢', '查詢個人借閱紀錄', and '使用說明'. At the bottom, a statistics section shows the current month as '6月', the semester as '學期中', and the dates '2019/2/18- 2019/6/23'. It also displays the library's hours '今日開館: 8:00-22:00' and a link for '詳細開館時間'. A circular progress chart indicates '100%' completion. To the right, statistics are listed: '自習室空位: 793', '總圖在館人數: 93', '站上人數: 13', and a link for '其他數據'. The NTULIB logo and QR codes for the library's mobile app are also present.

國立臺灣大學圖書館
National Taiwan University Library

研究資源 參考諮詢 服務項目 關於本館 常用服務

自訂搜尋

館藏目錄 整合查詢 資料庫 特藏資源

雲端圖書館自動化系統 可查詢本館館藏(含圖書期刊、電子資源、影音資料等各類資料)。

不限欄位

進階查詢 查詢個人借閱紀錄 使用說明

6月
10

學期中
2019/2/18- 2019/6/23
今日開館: 8:00-22:00
詳細開館時間

100%

自習室空位: 793
總圖在館人數: 93
站上人數: 13
其他數據

NTULIB

圖書館APP



掌握洗手5時機

1

接觸病人前

Sebelum menyentuh pasien

Trước khi tiếp xúc với bệnh nhân

2

執行乾淨/無菌操作技術前

Sebelum melaksanakan pembersihan atau mengoperasikan teknologi tanpa kuman

Trước khi thực hiện kỹ thuật sạch sẽ

3

暴觸病人體液風險後

Setelah beresiko terkena atau tersentuh cairan dari tubuh pasien

Sau khi tiếp xúc với dịch tiết ra từ cơ thể bệnh nhân

4

接觸病人後

Setelah menyentuh pasien

Sau khi tiếp xúc với bệnh nhân

5

接觸病人周遭環境後

Setelah menyentuh atau ada kontak badan dengan lingkungan sekitar pasien

Sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh của bệnh nhân



無明顯髒污時可使用乾洗手液代替
省时 Save time / 省錢 Save money / 保健康 Save lives



台大醫院感染控制中心