**中區三校物理治療學系校外實習機構聯合訪視調查表(111學年度)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 填表人 | 鍾雅萍 | 填表日期 | 111年 12 月 21 日 |
| 此份資料提供學校 | □中山醫學大學 ■中國醫藥大學 □弘光科技大學 |
| 以下資料願意提供 | 本系網頁：■是；□否 | 物理治療學會網頁：■是；□否 |

**第一部分：單位基本資料**

|  |  |
| --- | --- |
| 醫院/機構/物理治療所正式名稱 | 高雄榮民總醫院 |
| 立合約書人 | 教學研究部/蔡姓明 |
| 發文單位通訊地址 | 高雄市左營區大中一路386號 |
| 網站連結 | vghks.gov.tw |
| **醫療院所整體規模與其他綜合資料** |
| 醫院層級 | ■教學醫院 通過評鑑有效日期： 106 年 月 ~ 112 年  月 □非教學醫院 |
| ■醫學中心 □準醫學中心 □區域醫院 □地區醫院 □基層診所□物理治療所(類別 ) □長照機構(類別 )□其他  |
| 總病床數 |  1408 床 |
| **復健科組織架構** |
| 復健科主任姓名 | 張幸初 | 病床數 | 15床 | 平均佔床率 | 100％ | 平均每月門診人次 | 2100人次 |
| 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  |
| **物理治療部門/所** |
| 是否通過訓練機構評鑑 | ■是 訓練機構名稱： □否 |
| 主管姓名 |  | 職稱 |  | 聯絡電話 |  | 電子信箱 |  |
| 臨床實習負責人姓名 | 鍾雅萍 | 職稱 | 物理治療師組長兼總治療長 | 聯絡電話 | 07-3422121-742360931812965 | 電子信箱 | ypchung@vghks.gov.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 | 18人 | 兼任 | 0人 |
| 工作資歷超過(含)4年 | 專任 | 15人 | 兼任 | 0人 |
| 工作資歷2年(含)至4年 | 專任 | 1人 | 兼任 | 0人 |
| 工作資歷為不滿2年 | 專任 | 2人 | 兼任 | 0人 |
| 具有臨床教師人數（經醫策會認可機構認證） | 人 |
| 物理治療生總人數 | 專任 | 14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 | 0人 | 兼任 | 0人 |
| 實習師生比 |  |

**第二部分：物理治療臨床實習調查**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) |
| 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 |  小時人/半天 |  小時人/半天 |  小時10-12人人/半天 |  小時10-12人/半天 |
| 神經系統物理治療 |  小時人/半天 |  小時人/半天 |  小時人/半天 | 小時3-4人/半天 |
| 呼吸循環系統物理治療（含床邊物理治療） |  小時人/半天 |  小時人/半天 |  小時4-6人/半天 |  小時4-6人/半天 |
| 小兒物理治療 |  小時人/半天 |  小時人/半天 |  小時人/半天 |  小時2-3人/半天 |
| 選修項目 | 請填寫項目： 腫瘤物理治療  |  小時人/半天 |  小時人/半天 | 小時5-8人/半天 |  小時5-8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 | ■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：  |
| 教學研討活動 | ■Journal Meeting | ■Case Conference | ■Book Reading | ■Seminar(Topics) |
| ■Joint Evaluation for Child Development | □Others：  |
| 書寫病歷 | ■是 (老師是否批閱或與學生討論：■是 □ 否) | □ 否  |
| 實習分發制度 | □醫療院所遴選:* + - * 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\_\_\_\_\_封  □其他 口試/面試：□無 □有，預計於何時進行？ 其他：請說明相關規定： * + - * 1. 收件截止日期： 月 日
				2. 是否同意提供候補，□是□否
 |
| ■學校選填 錄取名單需於 5 月 15 日前通知 |
| 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) 請提供申請辦法或表格：  |
| **本學年度(109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) | D |  |  |  |  | 1 |  | 1 | 3 | 1 | 4 |  | 10 |  | 5 |
| C制(18週) | C1 |  |  |  |  |  |  | 2 |  |  |  |  |  |  | 2 |
| C2 |  |  |  |  |  |  | 2 |  |  |  |  |  |  | 2 |
| B制(12週) | B1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A制(6週) | A1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **下學年度(110學年度)可提供實習名額**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 實習制度別 | 名額 | 時數 |
| 中山 | 中國 | 弘光 | 骨科 | 神經 | 小兒 | 心肺 | 其他：\_\_腫瘤\_\_\_ |
| D制(36週) | D |  | 2 |  | 480或240 | 240 | 240 | 240 | 240 |
| C制(18週) | C1 |  | 1 |  | 240 |  |  | 240 | 240 |
| C2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B制(12週) | B1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 組合B制例: B1+B2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 簽約聯絡人 | 科室 | ■教研組 □人力資源室 □復健科 □其他  |
| 姓名 | 蔡幸明 | 電話 | 07-3422121-78059 | 電子信箱 | hmtsai0607@vghks.gov.tw |
| 實習合約書 | 實習合約書版本 | ■依醫院 (請提供電子檔) | □依學校 |
| 實習費用 | □每週 □每月 ■每學期 每人 7600 元 |
| 體檢內容 | 請 🗸 選

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 實習前一年內 | 實習前六個月內 | 其他時間點 |
| 一般理學檢查 |  |  |  |
| 胸腔X光 |  |  | ●實習前三個月 |
| 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 |  |  |  |
| 麻疹抗體 |  | ● |  |
| 德國麻疹抗體 |  | ● |  |
| 水痘抗體 |  | ● |  |
| 其他項目 |  |  |  |

 |
| 注意事項： |

**第四部分：實習學生報到注意事項**

|  |  |
| --- | --- |
| 實習說明會 | ■需參加實習說明會 日期時間： 1110708 報到地點： 復健部團體治療室 負責老師： 鍾雅萍  |
| □無實習說明會 |
| 實習報到 | 日期時間： 1110708 報到地點： 物理治療各組治療室 負責老師： \_\_各組組長\_\_  |
| 攜帶文件 | ■體檢報告影本 ■意外保險證影本 其他：  |
| 其他 |  |