

高雄醫學大學附設中和紀念醫院物理治療實習調查表(112學年度)

填表人	李素	填表日期	111年 12月 22日
-----	----	------	--------------

第一部分：單位基本資料

醫院/機構/物理治療所正式名稱	財團法人高雄醫學大學附設中和紀念醫院
立 合 約 書 人	財團法人高雄醫學大學附設中和紀念醫院
發 文 單 位 通 訊 地 址	高雄市三民區自由一路 100 號
網 站 連 結	http://www.kmuh.org.tw/www/dcet/index.htm

醫療院所整體規模與其他綜合資料

醫院層級	<input checked="" type="checkbox"/> 教學醫院 通過評鑑有效日期： <u>106年6月</u> ~ <u>迄今</u> <input type="checkbox"/> 非教學醫院
	<input checked="" type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 準醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 基層診所 <input type="checkbox"/> 物理治療所(類別_____) <input type="checkbox"/> 長照機構(類別_____) <input type="checkbox"/> 其他_____
總病床數	<u>1400</u> 床

復健科組織架構

復健科主任姓名	陳嘉炘	病床數	40 床	平均估床率	70%	平均每月門診人次	人次
專業人員	<input checked="" type="checkbox"/> 物理治療 <input checked="" type="checkbox"/> 職能治療 <input checked="" type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 義肢支架裝具 <input checked="" type="checkbox"/> 其他，請說明心理師、發展聯合評估、身心障礙整合醫療服務中心、輔具評估						

物理治療部門/所

是否通過訓練機構評鑑	<input checked="" type="checkbox"/> 是 訓練機構名稱： <u>高醫附院復健部物理治療組</u> <input type="checkbox"/> 否						
主管姓名	黃紫琇	職稱	組長	聯絡電話	0978682242	電子信箱	tzu-hsiu.grace@yahoo.com.tw
臨床實習負責人姓名	李素	職稱	教學長	聯絡電話	0932985738	電子信箱	onemoreu1127@gmail.com

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	2 人
	工作資歷超過(含)4年	專任	16 人	兼任	2 人
	工作資歷 2 年(含)至 4 年	專任	0 人	兼任	人
	工作資歷為不滿 2 年	專任	2 人	兼任	人
	具有臨床教師人數 (經醫策會認可機構認證)				19 人
物理治療生總人數		專任	人	兼任	人
提供物理治療學生實習領域之其他專業人員		專任	人	兼任	人
實習師生比		1:2			

第二部分：物理治療臨床實習調查

提供之實習制度(可複選)		<input checked="" type="checkbox"/> A 制(6 週)	<input type="checkbox"/> B 制(12 週)	<input checked="" type="checkbox"/> C 制(18 週)	<input type="checkbox"/> D 制(36 週)
實習目標	培養出具有專業、獨立思考、優良品德的物理治療實習生，將以臨床的完備訓練並加上學校的養成訓練，使理論與實際操作相輔相成，期望學生擁有物理治療的基礎專業能力、行政管理能力、及獨立面對患者的能力以符合物理治療專業之精神				
實習內容/學生每半天負責治療人數(負荷量)					
實習學科	實習內容	實習制度別			
		A 制(6 週)	B 制(12 週)	C 制(18 週)	D 制(36 週)
基本項目	肌肉骨骼系統物理治療	240 小時 13 人/半天	小時 人/半天	180 小時 13 人/半天	小時 人/半天
	神經系統物理治療	240 小時 3 人/半天	小時 人/半天	180 小時 3 人/半天	小時 人/半天
	呼吸循環系統物理治療 (含床邊物理治療)	240 小時 3~5 人/半天	小時 人/半天	180 小時 3~5 人/半天	小時 人/半天
	小兒物理治療	240 小時 3 人/半天	小時 人/半天	180 小時 3 人/半天	小時 人/半天
選修項目	請填寫項目： _____	小時 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天
	請填寫項目： _____	小時 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天
	請填寫項目： _____	小時 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天	小時 人/半天
	備註： 運動傷害、長期照護、特殊教育、體適能促進、腫瘤癌症物理治療、燒燙傷物理治療、婦女健康、身心障礙之鑑定或需求評估、輔具服務、及一般科物理治療等				
臨床實習時間	<input checked="" type="checkbox"/> 全部在週一至週五白天				
	<input type="checkbox"/> 會包括部分時間於夜間實習，請說明： _____				
	<input checked="" type="checkbox"/> 會包括部分時間於週末或假日實習，請說明： 學生需要補實習時會利用週六上午				
教學研討活動	<input checked="" type="checkbox"/> Journal Meeting	<input checked="" type="checkbox"/> Case Conference	<input checked="" type="checkbox"/> Book Reading	<input checked="" type="checkbox"/> Seminar(Topics)	
	<input checked="" type="checkbox"/> Joint Evaluation for Child Development		<input type="checkbox"/> Others : _____		
書寫病歷	<input checked="" type="checkbox"/> 是 (老師是否批閱或與學生討論： <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否)			<input type="checkbox"/> 否	
實習分發制度	<input checked="" type="checkbox"/> 醫療院所遴選： A. 申請注意事項及準備文件是否與去年相同， <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (請提供) 繳交書面申請資料： 必須項目： <input checked="" type="checkbox"/> 歷年成績單 <input checked="" type="checkbox"/> 名次表 <input checked="" type="checkbox"/> 自傳 <input checked="" type="checkbox"/> 實習計畫 <input type="checkbox"/> 推薦信_____封 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	口試/面試： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，預計於何時進行？_____				
	其他：請說明相關規定：請在申請表中提出要申請 C1 或 C2 或 A 制，操行成績須高於 80 分				
B. 收件截止日期：112 年 2 月 28 日					
C. 是否同意提供候補， <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
<input type="checkbox"/> 學校選填 錄取名單需於_____月_____日前通知					
膳宿提供情形	膳食	<input type="checkbox"/> 供膳 <input checked="" type="checkbox"/> 自理(<input checked="" type="checkbox"/> 員工餐廳優惠)			
	住宿	<input checked="" type="checkbox"/> 自理 <input type="checkbox"/> 可以申請宿舍(金額：_____元/月) 請提供申請辦法或表格：_____			

下學年度(112 學年度)可提供實習名額

實習制度別		名額	時數				
			骨科	神經	小兒	床邊(含心肺)	其他：__
C 制 (18 週)	C1	3	180	180	180	180(40)	
	C2	3	180	180	180	180(40)	
A 制(6 週)	A1	1	240	240	240	240(40)	
	A2						
	A3						
	A4	1	240	240	240	240(40)	
	A5						
	A6						
	A7	2	240	240	240	240(40)	
	A8	2	240	240	240	240(40)	

備註：原則上 C 制會包含心肺站，但會隨著疫情做滾動式修正，將床邊站時數併入其餘三站

第三部分：實習合約簽約備忘錄

簽約聯絡人	科室	<input type="checkbox"/> 教研組 <input type="checkbox"/> 人力資源室 <input type="checkbox"/> 復健科 <input checked="" type="checkbox"/> 其他臨床教育訓練部 _____				
	姓名	曹幸璇	電話	07-312110 轉 5374-13	電子信箱	1010593@kmuh.org.tw
實習合約書	實習合約書版本	<input checked="" type="checkbox"/> 依醫院 (請提供電子檔)			<input type="checkbox"/> 依學校	
	實習費用	<input type="checkbox"/> 每週 <input checked="" type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每學期 每人 1500 元				
體檢內容	請 <input checked="" type="checkbox"/> 選					
	項目	實習前一年內	實習前六個月內	其他時間點		
	一般理學檢查					
	胸腔 X 光			實習前 3 個月內		
	B 肝抗原			3 年內		
	B 肝抗體			3 年內		
	B 肝核心抗體					
	B 肝疫苗施打記錄			建議檢附		
	C 肝抗體					
	麻疹抗體			5 年內		
	德國麻疹抗體			5 年內		
	水痘抗體					
其他項目						
COVID-19 黃卡影本			需打滿 3 劑 14 天，若無，則需依本院規定篩檢			
注意事項：體檢及保險皆須在實習 2 周前寄到本院臨教部						

