

## 中區四校物理治療學系校外實習機構聯合訪視調查表(112 學年度)

填表人	蘇聖文	填表日期	111 年 12 月 13 日
此份資料提供學校	<input type="checkbox"/> 中山醫學大學 <input checked="" type="checkbox"/> 中國醫藥大學 <input checked="" type="checkbox"/> 弘光科技大學 <input checked="" type="checkbox"/> 亞洲大學		
以下資料願意提供	本系網頁： <input checked="" type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否	物理治療學會網頁： <input checked="" type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否	

### 第一部分：單位基本資料

醫院/機構/物理治療所正式名稱	臺北醫學大學附設醫院						
立 合 約 書 人	邱仲峯院長						
發 文 單 位 通 訊 地 址	11031 台北市信義區吳興街 252 號						
網 站 連 結	https://www.tmu.h.org.tw/						
<b>醫療院所整體規模與其他綜合資料</b>							
醫院層級	<input checked="" type="checkbox"/> 教學醫院 通過評鑑有效日期： 108 年 01 月 ~ 114 年 01 月 <input type="checkbox"/> 非教學醫院						
	<input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 準醫學中心 <input checked="" 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	_____ 床						
<b>復健科組織架構</b>							
復健科主任姓名	曾頌惠	病床數	15 床	平均佔床率	100%	平均每月門診人次	3000 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 <u>音樂治療師、藝術治療師</u>						
<b>物理治療部門/所</b>							
是否通過訓練機構評鑑	<input checked="" type="checkbox"/> 是 訓練機構名稱： _____ <input type="checkbox"/> 否						
主管姓名	蘇聖文	職稱	組長	聯絡電話	0970405342	電子信箱	154001@h.tmu.edu.tw
臨床實習負責人姓名	黃思嘉	職稱	教學負責人	聯絡電話	(02)2737-2181 #1241#18	電子信箱	skye172@hotmail.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	24 人	兼任	0 人	
	工作資歷超過(含)4 年		專任	12 人	兼任	0 人	
	工作資歷 2 年(含)至 4 年		專任	6 人	兼任	0 人	
	工作資歷為不滿 2 年		專任	6 人	兼任	0 人	
	具有臨床教師人數(經醫策會認可機構認證)					16 人	
物理治療生總人數			專任	2 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	1:1						

## 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 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		1.培養物理治療個案評估與計劃能力 2.培養物理治療之行政管理能力 3.培養溝通的能力，並與其他醫護人員充分合作，發揮團隊精神 4.培養物理治療的專業精神 5.熟悉各項物理治療技術			
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	360 小時 4 人/半天	小時 人/半天
	神經系統物理治療	小時 人/半天	小時 人/半天	180 小時 4 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)	小時 人/半天	小時 人/半天	180 小時 3 人/半天	小時 人/半天
	小兒物理治療	小時 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 type="checkbox"/> 會包括部分時間於週末或假日實習，請說明： _____				
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 type="checkbox"/> Seminar(Topics)	
	<input 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 type="checkbox"/> 是 <input checked="" 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 checked="" 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：_____					
B.收件截止日期： <u>2</u> 月 <u>28</u> 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 type="checkbox"/> 員工餐廳優惠)			
	住宿	<input checked="" type="checkbox"/> 自理 <input checked="" type="checkbox"/> 可以申請宿舍(金額： <u>    </u> 元/月) 請提供申請辦法或表格：_____			



### 第三部分：實習合約簽約備忘錄

簽約聯絡人	科室	<input checked="" type="checkbox"/> 教研組 <input type="checkbox"/> 人力資源室 <input type="checkbox"/> 復健科 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	姓名	沈怡君	電話	(02)27372181#3758	電子信箱	195095@h.tmu.edu.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 type="checkbox"/> 每月 <input checked="" type="checkbox"/> 每學期    每人 <u>4000</u> 元					
體檢內容 (煩請依貴 單位規定自 行增減項 目)	* 基本	身高: _____ 公分	體重: _____ 公斤	腰圍: _____ 公分	血壓: _____ mmHg		
		視力 (矯正) 左: _____ 右: _____	辨色力: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		聽力: <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
	* 理學	頭頸部 (結膜、淋巴腺、甲狀腺)		消化系統 (黃疸、肝臟、腹部)			
		呼吸系統		神經系統 (感覺、睡眠)			
		心臟血管系統 (心律、心雜音)		肌肉骨骼 (四肢)、皮膚			
	X光	* 胸部 X光	檢查日期: _____ <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 異常: _____				
	血液	* 血色素		* 白血球數		* 飯前血糖	
		* ALT		* 肌酸酐		* 膽固醇	
		* 三酸甘油脂		* 高密度脂蛋白		尿酸	
	尿液	* 尿蛋白		* 尿潛血			
尿糖							
感染管制項目 (未曾感染或不確定 免疫狀態者須詳檢)		HBsAg: _____; Anti-HBs: _____; <input type="checkbox"/> 醫療 Anti-HCV: _____ 水痘抗體: _____; 麻疹抗體: _____; 德國麻疹抗體: _____					
注意事項: 1、若非於北醫附醫體檢者, 需於區域醫院等級以上醫院完成上述項目體檢。 2、再至北醫附醫家醫科完成覆核(需以北醫附醫體格檢查證明書填寫檢查結果)之正本繳至教學部							

### 第四部分：實習學生報到注意事項

實習說明會	<input type="checkbox"/> 需參加實習說明會 日期時間: _____ 報到地點: _____ 負責老師: _____
	<input checked="" type="checkbox"/> 無實習說明會
實習報到	日期時間: <u>實習第一日上午 8:00</u> 報到地點: <u>第二大樓 2 樓復健醫學部電療室</u> 負責老師: <u>黃思嘉</u>
攜帶文件	<input checked="" type="checkbox"/> 體檢報告正本或影本加蓋醫院關防章 <input checked="" type="checkbox"/> 意外保險證影本 其他: <u>1 吋照片一張, 2 吋照片 2 張</u>
其他	