

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	劉天慧	填表日期	112 年 1 月 3 日
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/統一編號	奇美醫療財團法人奇美醫院						
立合約書人	林宏榮						
發文單位通訊地址	710 台南市永康區中華路 901 號						
網站連結	http://www.chimei.org.tw/						
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>107</u> 年 <u>1</u> 月 ~ <u>113</u> 年 <u>12</u> 月 <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>1273</u> 床 (PAC 病床 <u> </u> 床)						
復健科組織架構							
復健科主任姓名	王鈺霖	病床數	10 床	平均佔床率	50%	平均每月門診人次	2700 人次
專業人員	<input checked="" type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 義肢支架裝具 <input type="checkbox"/> 其他，請說明_____						
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>奇美醫院復健部物理治療組</u> <input type="checkbox"/> 否						
主管姓名	葉建男	職稱	總技師	聯絡電話	06-2812811 55011	轉	電子信箱 850620@mail.c himei.org.tw
臨床實習負責人姓名	劉天慧	職稱	組長	聯絡電話	06-2812811 55011	轉	電子信箱 860926@mail.c himei.org.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	25 人	兼任	人	
	工作資歷超過(含)4 年		專任	21 人	兼任	人	
	工作資歷 2 年(含)至 4 年		專任	1 人	兼任	人	
	工作資歷為不滿 2 年		專任	3 人	兼任	人	
	具有臨床教師人數(經醫策會認可機構認證)					22 人	
物理治療生總人數			專任	7 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 : 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 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	建立以「物理治療學習者」為中心的教學環境；培養合格的準物理治療師。				
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	240小時 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	240小時 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	240小時 人/半天	呼吸循環與小兒物理治療二擇一
	小兒物理治療	小時 人/半天	小時 人/半天	240小時 人/半天	人/半天
選修項目	請填寫項目： 腫瘤癌症物理治療	小時 人/半天	肌肉骨骼系統與癌症物理治療二擇一	240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
	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： 神經系統物理治療為必選站別為期6週(240小時)；肌肉骨骼系統與腫瘤癌症物理治療為二為擇一(6週:240小時)；呼吸循環系統物理治療與小兒物理治療為二擇一(6週:240小時)				
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 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 checked="" type="checkbox"/> Others：EBM 之 PICO 研習		
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 type="checkbox"/> 實習計畫 <input type="checkbox"/> 推薦信 _____ 封 <input checked="" type="checkbox"/> 其他:實習申請表，自傳以2頁A4為限，若大三上學期(六年制的大四上學期)正式成績單來不及，電腦或手機截圖附於電子郵件中，大一至大二名次表必備				
	口試/面試： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有，預計於何時進行？112.2.10(五)視訊面試 其他：請說明相關規定：實習申請表、歷年成績單(附名次)簡單自傳寄至860926@mail.chimei.org.tw 劉天慧組長收				
	B. 收件截止日期： <u>2</u> 月 <u>4</u> 日(112.1.16起收件，112.2.4的17:00email收件時間為截止依據)				
	C. 是否同意提供候補， <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				

	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	<input type="checkbox"/> 教研組 <input type="checkbox"/> 人力資源室 <input checked="" type="checkbox"/> 復健科 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	姓名	葉建男	電話	06-2812811 轉 55011	電子信箱
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 500 元			
體檢內容	請 選				
	項目	實習前一年內	實習前六個月內	實習前三個月內	其他時間點
	一般理學檢查				
	胸腔 X 光		√(地區級或以上醫院)		
	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		√		麻疹及德國麻疹 5 年內注射記錄 (診所或以上醫院), 或 5 年內血液檢驗報告麻疹及德國麻疹抗體為正: 地區級或以上醫院)
德國麻疹抗體		√			
水痘抗體					
其他項目 COVID-19 疫苗			√	新冠疫苗完成注射三劑, 並第三劑與實習日相隔最少 14 天, 若醫院有防疫新規定會 EMAIL 通知	
注意事項:					

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：實習起始日 報到地點： <u>奇美醫院復健部</u> 負責老師： <u>葉建男，劉天慧</u>
攜帶文件	<input checked="" type="checkbox"/> 體檢報告影本 <input checked="" type="checkbox"/> 意外保險證影本 其他：
其他	