**物理治療學系校外實習機構聯合訪視調查表 (115學年度)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 填表人 | 劉天慧 | 填表日期 | 114年12 月9 日 |
| 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/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 | | | | | https://www.chimei.org.tw/index.html | | | | | | | | | | | | | |
| **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：114 年 1 月 ~ 117 年12 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 | 1273 床 (PAC病床 床) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **復健科組織架構** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 復健科  主任姓名 | 王鈺霖 | | 病床數 | | | 15床 | | | | 平均  佔床率 | | 50％ | 平均每月門診人次 | | | | | 2700 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:臨床心理師 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **物理治療部門/所** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否通過訓練機構評鑑 | 是 訓練機構名稱：奇美醫院復健部物理治療組  □否 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主管姓名 | 葉建男 | | | 職稱 | | | 技術主任 | | 聯絡  電話 | | 06-2812811轉55011 | | | | 電子  信箱 | | 850620@mail.chimei.org.tw | |
| 臨床實習  負責人姓名 | 劉天慧 | | | 職稱 | | | 組長 | | 聯絡  電話 | | 06-2812811轉55010 | | | | 電子  信箱 | | 860926@mail.chimei.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 | | | 32人 | | | 兼任 | | 1人 | | |
| 工作資歷超過(含)4年 | | | | | | 專任 | | | 26人 | | | 兼任 | | 1人 | | |
| 工作資歷2年(含)至4年 | | | | | | 專任 | | | 3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） | | | | | | | | | | | | 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或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) | | | □A制(6週) | | □B制(12週) | | C制(18週) | | □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  肌肉骨骼與腫瘤癌症物理治療二擇一；  呼吸循環與小兒物理治療二擇一  人/半天 | 240小時  3-4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 | 240小時  3-4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 | 240小時  3-4人/半天 | 小時  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  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 | 小時  人/半天 | 240小時  3-4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 | 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：EBM之PICO研習會 | | | |
| 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: 奇美實習申請表  口試/面試：□無 有: （視訊面試），預計於何時進行？ 2/13公告視訊面試名單  其他：請說明相關規定： 自傳以2頁A4為限，不用推薦信，書審以骨科、神經、兒童、心肺物理治療成績，輔以系排名作初篩。   * + - * 1. 收件截止日期： 115年2 月 6 日         2. 是否同意提供候補，是 □否 | | | | | | | | |
| □學校選填 錄取名單需於 月 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(114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 | 亞大 | 成大 | 高醫 | 義守 | 慈濟 | 輔英 | 弘光 | 樹人 | 仁德 | 慈惠 | | D制(36週) | D |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | C制(18週) | C1 |  | 1 | 2 | 2 | 1 |  | 2 | 2 | 4 | 1 |  |  |  |  |  | | C2 |  | 3 | 2 |  | 1 |  | 1 | 2 | 3 | 3 |  |  |  |  |  | | B制(12週) | B1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | B2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | B3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | B4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | A制(6週) | A1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | A2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | A3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | A4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | A5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | A6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | A7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | A8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | |
| **下學年度(115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 | 亞大 | 骨科 | 神經 | 小兒 | 心肺 | 其他：\_\_\_\_\_ | | D制(36週) | D |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | C制(18週) | C1 |  |  |  |  |  |  |  |  | 12名以遴選成績排序錄取 | | C2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 12名以遴選成績排序錄取 | | 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 | 潘容竹 | 電話 | 06-2812811轉52199 | 電子信箱 |  |
| 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250 元 | | | |
| 體檢內容  **(煩請依貴單位規定自行增減項目)** | 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 |  | V |  |  | | 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 |  | V |  |  | | 德國麻疹抗體 |  | V |  |  | | 水痘抗體 |  |  |  |  | | 其他項目 |  |  |  |  | | | | | | |
| 注意事項：請於健檢時把附檔『奇美醫療財團法人奇美醫院實(見)習人員既往病史調查』和『奇美醫療財團法人奇美醫院實(見)習人員體格檢查紀錄表』給看診醫師（地區級或以上醫院）簽章，報到時面繳教學負責人，若麻疹/德國麻疹抗體結果為陰性，請到診所或以上等級醫療院所拿5年內注射疫苗記錄，報到時面繳（抗體檢查與注射證明二擇一） | | | | | |

**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： 報到地點：  負責老師： |
| 無實習說明會 |
| 實習報到 | 日期時間： C1:115.7.1 3 C2:115.11.23 報到地點： 奇美醫院復健部  負責老師： |
| 攜帶文件 | 體檢報告影本 意外保險證影本 其他：『奇美醫療財團法人奇美醫院實(見)習人員既往病史調查』和『奇美醫療財團法人奇美醫院實(見)習人員體格檢查紀錄表』 |
| 其他 |  |