

物理治療學系校外實習機構聯合訪視調查表

填表人	連羿婷	填表日期	114 年 1 月 28 日
此份資料提供學校	義守大學		
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	連邦物理治療所						
立 合 約 書 人	連羿婷						
發 文 單 位 通 訊 地 址	臺北市松山區南京東路四段 52 巷 11 號 1 樓						
網 站 連 結	https://www.lienbang.tw/						
醫療院所整體規模與其他綜合資料							
醫院層級	<input type="checkbox"/> 教學醫院 通過評鑑有效日期：_____年____月~_____年____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 type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 基層診所 <input checked="" 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						
復健科組織架構							
復健科主任姓名		病床數	床	平均佔床率	%	平均每月門診人次	人次
專業人員	<input 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 type="checkbox"/> 是 訓練機構名稱：_____ <input type="checkbox"/> 否						
主管姓名	連羿婷	職稱	總院長	聯絡電話	02-2579-8170 0926554765	電子信箱	lienbang.ptclinic@gmail.com p96383@gmail.com
臨床實習負責人姓名	連羿婷	職稱	執行長	聯絡電話	同上	電子信箱	同上
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	6 人	兼任	人		
	工作資歷超過(含)4 年	專任	2 人	兼任	人		
	工作資歷 2 年(含)至 4 年	專任	2 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)					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	1 人	兼任	人			
實習師生比	4:2						

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 type="checkbox"/> C 制(18 週)	<input type="checkbox"/> D 制(36 週)
實習目標	1. 藉由本次實習了解物理治療所實際運作模式以及和其他實習單位不同之處 2. 藉由跟著臨床物理治療師，學習骨科與神經物理治療的治療流程，包含「問診」、「評估」、「診斷」、「治療」(包含徒手治療、運動治療)與「衛教」。 3. 藉由連邦物理治療所完整教育訓練體制學習骨科評估與骨科治療技術。 4. (自由參加)藉由參與「物理治療所開業課程」了解物理治療所開業流程與規劃事項。 5. 讓實習生喜歡物理治療所的工作環境，並協助實習生的生涯規劃				
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 人/半天	小時 人/半天	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	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	小時 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： _____	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 type="checkbox"/> 全部在週一至週五白天 *本院上班時間周二至周六 公休為:周日 周一				
	<input checked="" type="checkbox"/> 會包括部分時間於夜間實習，請說明： 配合臨床老師上班時間，一週最多 40 小時				
	<input checked="" type="checkbox"/> 會包括部分時間於週末或假日實習，請說明： 配合臨床老師上班時間，一週最多 40 小時				
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 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 checked="" type="checkbox"/> 推薦信 <u>1</u> 封 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 口試： <input checked="" type="checkbox"/> 有，預計於何時進行？ <u>收件截止日後一周，約 4/8</u> 其他：請說明相關規定：_____				

下學年度(114 學年度)可提供實習名額

實習制度別		名額			時數				
		臺大	義守	中山醫	骨科	神經	小兒	心肺	其他：_____
D 制(36 週)	D								
C 制(18 週)	C1								
	C2								
B 制(12 週)	B1								
	B2								
	B3								
	B4								
組合 B 制 例: B1+B2									
A 制(6 週)	A1	2	2						
	A2	2	2						
	A3	2	2						
	A4	2	2						
	A5	2	2						
	A6	2	2						
	A7	2	2						
	A8	2	2						
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 type="checkbox"/> 復健科 <input checked="" type="checkbox"/> 其他_____			
	姓名	連昇婷	電話	02-2579-8170 0926554765	電子信箱
實習合約書	實習合約書版本	<input type="checkbox"/> 依醫院（請提供電子檔） <input checked="" type="checkbox"/> 依學校			
	實習費用	<input checked="" type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每學期 每人 <u>250</u> 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			v	
	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				
	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	<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：_____ 報到地點： <u>連邦物理治療所</u> 負責老師： <u>連昇婷</u>
攜帶文件	<input type="checkbox"/> 體檢報告影本 <input type="checkbox"/> 意外保險證影本 其他：_____
其他	