**高雄醫學大學附設中和紀念醫院 復健部物理治療**

**實習調查表 (110學年度)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 填表人 | 周智亮 | 填表日期 | 109年 11月 11 日 |

**第一部分：單位基本資料**

|  |  |
| --- | --- |
| 醫院/機構/物理治療所名稱 | 財團法人高雄醫學大學附設中和紀念醫院 |
| 簽約正式發文單位名稱 | 財團法人高雄醫學大學附設中和紀念醫院 |
| 網站連結 | http://www.kmuh.org.tw/www/dcet/index.htm |
| 發文單位通訊地址 | **高雄市三民區自由一路100號** |
| **醫療院所整體規模** |
| 醫院層級 | [x] 教學醫院 通過評鑑有效日期： 106 年 6 月 ~ 110 年 6 月 [ ] 非教學醫院 |
| [x] 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 |  1400 床 |
| **復健科組織架構** |
| 復健科主任姓名 | 陳嘉炘 | 病床數 | 40床 | 平均佔床率 | 70％ | 平均每月門診人次 | 人次 |
| 專業人員 | [x] 物理治療 [x] 職能治療 [x] 語言治療 □義肢支架裝具[x] 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 | [x] 是 訓練機構名稱： 高醫附院復健部物理治療組 [ ] 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 | 周智亮 | 職稱 | 教學長 | 聯絡電話 | 0978862907 | 電子信箱 | clchou0217@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 | 17人 | 兼任 | 3人 |
| 工作資歷超過(含)4年 | 專任 | 17人 | 兼任 | 3人 |
| 工作資歷2年(含)至4年 | 專任 | 人 | 兼任 | 人 |
| 工作資歷為不滿2年 | 專任 | 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) | [x] A制(6週) | [ ] B制(12週) | [x] C制(18週) | [ ] 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 | [x] 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 | [x] Journal Meeting | [x] Case Conference | [x] Book Reading | [x] Seminar(Topics) |
| [x] Joint Evaluation for Child Development | [ ] Others：  |
| 書寫病歷 | [x] 是 (老師是否批閱或與學生討論： [x] 是 [ ] 否) | [ ] 否  |
| 實習分發制度 | [x] 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，[x] 是 [ ] 否（請提供）

繳交書面申請資料：必須項目： [x] 歷年成績單 [x] 名次表 [x] 自傳 [x] 實習計畫 [ ] 推薦信\_\_\_\_\_封　　　　[ ] 其他 口試/面試：[x] 無 [ ] 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 * + - * 1. 收件截止日期： 2 月 26 日
				2. 是否同意提供候補，[x] 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 [x] 自理([x] 員工餐廳優惠) |
| 住宿 | [x] 自理 [ ] 可以申請宿舍(金額： 元/月) 請提供申請辦法或表格：於公文附註說明 |
| **本學年度(109學年度)在高醫實習學生來源及人數**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 實習制度別 | 臺大 | 陽明 | 長庚 | 中山 | 中國 | 成大 | 高醫 | 義守 | 慈濟 | 輔英 | 弘光 | 樹人 | 仁德 | 慈惠 |
| D制(36週) | D1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| D2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| C制(18週) | C1 |  |  |  | 1 | 2 |  | 6 |  |  | 3 | 2 | 2 |  | 2 |
| C2 |  |  |  | 1 | 1 |  | 7 |  | 2 | 1 | 4 |  |  | 2 |
| B制(12週) | B1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A制(6週) | A1 |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| A2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A3 |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| A4 |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| A5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **下學年度(110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 | 心肺 | 其他：\_\_\_ |
| C制(18週) | C1 | 2~3 | 180 | 180 | 180 | 180 |  |
| C2 | 2~3 | 180 | 180 | 180 | 180 |  |
| A制(6週) | A1 | 1 | 240 | 240 | 240 | 240 |  |
| A2 |  |  |  |  |  |  |
| A3 |  |  |  |  |  |  |
| A4 | 1 | 240 | 240 | 240 | 240 |  |
| A5 |  |  |  |  |  |  |
| A6 |  |  |  |  |  |  |
| A7 | 2 | 240 | 240 | 240 | 240 |  |
| A8 | 2 | 240 | 240 | 240 | 240 |  |

 |

**第三部分：實習合約簽約備忘錄**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 實習簽約 | 科室 | [ ] 教研組 [ ] 人力資源室 [ ] 復健科 [x] 其他 臨床教育訓練部  |
| 姓名 | 林佳怡 | 電話 | 08-3121101轉5378 | 電子信箱 | 1010592@kmuh.org.tw |
| 公文寄送地址 | 807高雄市三民區自由一路100號 |
| 實習合約書 | 實習合約書版本 | [x] 依醫院 (請提供電子檔) | [ ] 依學校 |
| 醫院正式名稱  | 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 |
| 立合約書人 | 鍾飲文 |
| 實習費用 | [ ] 每週 [x] 每月 [ ] 每學期 每人 1500 元 |
| 實習簽約公文附件 | 檢附意外保險投保資料 | [x] 是 [ ] 否 |
| 檢附體檢資料 | [x] 是 [ ] 否([x] 報到時繳交體檢資料 [ ] 不需體檢) |
| 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 |  |  | P |  |
| 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 |  |  |  |  |

 |
| 注意事項： |

**第四部分：實習學生報到注意事項**

|  |  |
| --- | --- |
| 實習說明會 | [x] 需參加實習說明會 日期時間：　實習第一天　　 報到地點： 臨床教育訓練部 負責老師： 周智亮教學長  |
| [ ] 無實習說明會 |
| 實習報到 | 日期時間：　實習第一天　　 報到地點：　S棟5樓臨床教育訓練部　　　負責老師：　林佳怡　　　 　 |
| 攜帶文件 | [x] 體檢報告影本 [x] 意外保險證影本 [ ] 其他：　　　　　　　　　 |
| 其他 | 實習手冊、實習相關注意事項於實習前一週電郵予實習同學。 |