**高雄醫學大學附設中和紀念醫院**

**復健部物理治療組實習調查表**

**醫療院所：**

**醫院名稱：** **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**

**發文單位通訊地址：** 高雄市三民區自由一路100號

**簽約負責單位/人員：** 臨床教育訓練部/林佳怡

**電話號碼：** 07-3121101轉5378

**電子信箱：** 1010592@kmuh.org.tw

**醫院網站連結**： http://www.kmuh.org.tw/www/dcet/index.htm

**第一部分：單位基本資料**

**1. 醫院整體規模與其他綜合資料：**

醫院層級：

■醫學中心 □準醫學中心 □區域醫院 □地區醫院 □基層診所 □其他

通過評鑑有效日期：106 年 6 月 ~ 110 年 6 月

病床數： 1400 床；平均佔床率： 70 ％；平均每月門診人次：

**2. 復健科組織架構：**

 復健科主任：\_陳嘉炘

 病床數： 40 床；平均佔床率： 85 ％；平均每月門診人次： 3100

 專業人員：■物理治療 ■職能治療 ■語言治療 □義肢支架裝具 ■其他，請說明心理治療、輔具評估、發展聯合評估、身心障礙整合醫療服務中心

**3. 物理治療單位：**

 是否通過訓練機構評鑑？■是 □否 訓練機構名稱 高醫附院復健部物理治療組

 負責人： 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： 周智亮 ；職稱： 教學長 ；聯絡電話： 0978862907

 電子信箱： 920517@kmuh.org.tw clchou0217@gmail.com

 物理治療師資歷(至本年度12月底為止)：現有專任 17 人、兼任 4 人

 工作資歷超過(含)4年者有 專任 17 人、兼任 4 人

 工作資歷為2年(含)至4年者有 專任 0 人、兼任 人

 工作資歷為不滿2年者有 專任 0 人、兼任 人

 具有臨床教師人數： 19 人（經醫策會認可機構認證）

 物理治療生資歷(至本年度12月底為止)：現有專任 0 人、兼任 人

 提供物理治療學生實習領域之其他專業人員

 (含輔具治療師等，至本年度12月底為止) ：現有專任 0 人、兼任 人

 實習生師比：\_\_1:2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**第二部分：物理治療臨床實習調查**

**1. 可提供之實習制度**(可複選)：■A制(6週) □B制(12週) ■C制(18週) □D制(36週)

**2. 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

**3. 實習內容：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 小時 |  180小時 |  小時 |
| 神經系統物理治療 |  240小時 | 小時 |  180小時 |  小時 |
| 呼吸循環系統物理治療（含床邊物理治療） |  240小時 | 小時 |  180小時 |  小時 |
| 小兒物理治療 |  240小時 | 小時 |  180小時 |  小時 |
| 選修項目 | 請填寫項目：  |  小時 | 小時 |  小時 |  小時 |
| 請填寫項目：  |  小時 | 小時 |  小時 |  小時 |
| 請填寫項目：  |  小時 | 小時 |  小時 |  小時 |
| 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 |

**4. 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：

**5. 實習分站情形：**請就實習分站或分段、學生輪換之實施狀況，簡述之。

 C制的18周實習期間，會分成四大領域分別實習，電療室/床邊治療一起各實習半天九週，神經領域/小兒領域一起各實習半天九週。

**6. 物理治療實習學生應參與的教學研討活動：**

■Journal Meeting ■Case Conference ■Book Reading ■Seminar(Topics)

■Others： Grand round, 跨領域會議

**7. 是否要書寫病歷：**□ 否 ■是(老師是否批閱或與學生討論：□ 否 ■是 )

**8. 學生每半天負責治療人數(負荷量)：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 實習學科 | 實習內涵 | 學生每半天負責治療人數 |
| 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 | 13人/半天 | 人/半天 | 13人/半天 | 人/半天 |
| 神經系統物理治療 | 3~5人/半天 | 人/半天 | 3~5人/半天 | 人/半天 |
| 呼吸循環系統物理治療(含床邊物理治療) | 5人/半天 | 人/半天 | 5人/半天 | 人/半天 |
| 小兒物理治療 | 3~5人/半天 | 人/半天 | 3~5人/半天 | 人/半天 |
| 選修項 目 | 請填寫項目：  | 人/半天 | 人/半天 | 人/半天 | 人/半天 |
| 請填寫項目：  | 人/半天 | 人/半天 | 人/半天 | 人/半天 |
| 請填寫項目：  | 人/半天 | 人/半天 | 人/半天 | 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 |

**9. 學生實習分發制度**

1. **■醫院遴選方式:**
	* + - 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

口試/面試：■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 27 日
				2. 是否同意提供候補，■是□否
1. **□學校遴選方式**

錄取名單需於 月 日前通知

1. **□選填**

**10. 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) 申請辦法：

1. **本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 | 成大 | 高醫 | 義守 | 慈濟 | 輔英 | 弘光 | 樹人 | 仁德 | 慈惠 |
| D制(36週) | D1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| C制(18週) | C1 |  |  | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 4 |  |  | 3 | 3 |  | 4 |
| C2 |  | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 | 3 |  |  | 2 |
| B制(12週) | B1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A制(6週) | A1 |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| A2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A3 |  |  |  |  |  |  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| A4 |  |  |  |  | 1 |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| A5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A7 |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  | 1 |  |  |  |
| A8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |

1. **下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：\_\_\_\_\_\_\_ |
| D制(36週) | D1 |  |  |  |  |  |  |
| C制(18週) | C1 | 2 | 180 | 180 | 180 | 180 |  |
| C2 | 2 | 180 | 180 | 180 | 180 |  |
| B制(12週) | B1 |  |  |  |  |  |  |
|  | B2 |  |  |  |  |  |  |
|  | B3 |  |  |  |  |  |  |
|  | B4 |  |  |  |  |  |  |
| 組合B制例: B1+B2 |  |  |  |  |  |  |  |
| A制(6週) | A1 | 1 | 240 | 240 | 240 | 240 |  |
| A2 |  |  |  |  |  |  |
| A3 |  |  |  |  |  |  |
| A4 | 1 | 240 | 240 | 240 | 240 |  |
| A5 |  |  |  |  |  |  |
| A6 |  |  |  |  |  |  |
| A7 |  |  |  |  |  |  |
| A8 |  |  |  |  |  |  |
| 組合A制例: A1+A2 |  |  |  |  |  |  |  |

**第三部分：實習合約簽約備忘錄**

實習簽約負責聯絡人

1. 簽約負責科室：□教研組 □復健科 ■其他 臨床教育訓練部
2. 簽約公文寄送地址： 807 高雄市三民區自由一路100號
3. 簽約公文負責聯絡人： 林佳怡 聯絡電話：07-3121101轉5378
4. 聯絡人電子信箱： 1010592@kmuh.org.tw

實習合約書

1. 實習費用：□每週 ■每月 □每學期 每人 1500 元
2. 醫院正式名稱： 高雄醫學大學附設中和紀念醫院
3. 立合約書人： 侯明鋒

實習簽約公文附件

1. 須檢附意外保險投保資料 ■是 □否
2. 須檢附體檢資料 ■是 □否

若上題答案為否，請勾選適當選項 ■報到時繳交體檢資料 □不需體檢

1. 體檢內容：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 一年內 | 六個月內 | 其他時間點 |
| 一般體檢 |  |  |  |
| 胸腔X光 |  |  | 3個月內 |
| 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 |  |  |  |
| 其他項目 |  |  |  |

實習學生報到注意事項

1. 實習說明會：■需參加實習說明會 □無實習說明會

日期時間：實習第一天 報到地點：物理治療神經運動治療區

負責老師：周智亮教學長

1. 實習報到

日期時間：實習第一天 報到地點：S棟5F臨床教育訓練部

負責老師： 林佳怡

1. 攜帶文件：

■體檢報告影本 ■意外保險證影本 其他：