

# 亞東紀念醫院

## 第一部分：單位基本資料

醫院/機構/物理治療所正式 名稱	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院
立 合 約 書 人	邱冠明
發 文 單 位 通 訊 地 址	22060 新北市板橋區南雅南路二段二十一號
網 站 連 結	<a href="http://www.femh.org.tw/">http://www.femh.org.tw/</a>

### 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>113 年 01 月 ~ 116 年 12 月</u>
	<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>1415</u> 床

### 復健科組織架構

復健科 主任姓名	莊博鈞	病床數	10 床	平均 佔床率	100%	平均每月 門診人次	3780 人次
專業人員	<input checked="" type="checkbox"/> 物理治療 <input checked="" type="checkbox"/> 職能治療 <input checked="" 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>_____</u> <input type="checkbox"/> 否						
主管姓名	陳怡伶	職稱	技術主任	聯絡 電話	02-89667000*151 9	電子 信箱	yilin0913@gmail. com
臨床實習 負責人姓名	陳怡伶	職稱	技術主任	聯絡 電話	02-89667000*151 9	電子 信箱	yilin0913@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	32 人	兼任	0 人
	工作資歷超過(含)4 年	專任	26 人	兼任	0 人
	工作資歷 2 年(含)至 4 年	專任	0 人	兼任	0 人
	工作資歷為不滿 2 年	專任	6 人	兼任	0 人
	具有臨床教師人數 (經醫策會認可機構認證)			26 人	
物理治療生總人數	專任	2 人	兼任	0 人	
提供物理治療學生實習領域之其他專業人員	專任	0 人	兼任	0 人	
實習師生比					1:0.54

## 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	能獨立安全地操作臨床相關治療儀器及設備、熟悉臨床常見疾病之臨床知識及評估方式，撰寫病歷紀錄，整合評估結果設立合宜之治療計畫，並能了解物理治療在團隊照護中扮演之角色。			

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	360 小時 6-8 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	360 小時 4-6 人/半天	小時 人/半天
	呼吸循環系統物理治療	小時 人/半天	小時 人/半天	360 小時 5-8 人/半天	小時 人/半天
	小兒物理治療	小時 人/半天	小時 人/半天	360 小時 3-5 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 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 checked="" type="checkbox"/> 會包括部分時間於週末或假日實習，請說明：遲到或請假之補班					
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 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 type="checkbox"/> 推薦信 _____ 封 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
	口試/面試： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，預計於何時進行？_____					
	其他：請說明相關規定：_____					
B. 收件截止日期： <u>2</u> 月 <u>6</u> 日	C. 是否同意提供候補， <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
	<input checked="" type="checkbox"/> 學校選填 錄取名單需於 <u>5</u> 月 <u>22</u> 日前通知					
膳宿提供情形	膳食	<input type="checkbox"/> 供膳 <input checked="" type="checkbox"/> 自理( <input type="checkbox"/> 員工餐廳優惠，90 元/餐)，需自備餐具)				
	住宿	<input checked="" type="checkbox"/> 自理 <input type="checkbox"/> 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)在本單位實習學生來源及人數

下學年度(115 學年度)可提供實習名額

### 第三部分：實習合約簽約備忘錄

簽約聯絡人	科室	<input checked="" type="checkbox"/> 教學室 <input type="checkbox"/> 人力資源室 <input type="checkbox"/> 復健科 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
	姓名	沈姝慈	電話	02-8966-7000*1160	電子郵件
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 1000 元			
體檢內容	請 ✓ 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	v			
	B 肝抗體	v			
	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	v				
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： <u>                </u> 報到地點： <u>                </u> 負責老師： <u>                </u>		
	<input checked="" type="checkbox"/> 無實習說明會		
實習報到	日期時間： <u>上午 8:00</u> 報到地點： <u>南棟 4 樓復健中心</u> 負責老師： <u>胡玲瑋組長</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：2 吋照片 1 張		
其他			