

附表2

社團法人臺灣職能治療學會職能治療實習補修證明書						
姓名		性別		出生日期	年 月 日	身分證 統一編號
實習學科	實習內 涵			實習場所	實習期間	實習週數 (時) 數
<input type="checkbox"/> 生理疾患職能治療實習	神經系統、肌肉骨骼系統及其他生理疾病之職能治療評估、治療計畫擬定及治療介入；服務類型包含住院及門診職能治療				年 月 日 年 月 日	週 小時
<input type="checkbox"/> 心理疾患職能治療實習	精神分裂症、情感性精神病及其他心理障礙者之職能治療評估、治療計畫擬定及治療介入；服務類型包含急性期及復健期之職能治療				年 月 日 年 月 日	週 小時
<input type="checkbox"/> 小兒職能治療實習	發展遲緩、自閉症、腦性麻痺及其他功能發展障礙之職能治療評估、治療計畫擬定及治療介入；服務類型包含住院或門診職能治療				年 月 日 年 月 日	週 小時
<input type="checkbox"/> 社區或長期照護職能治療實習	非醫療機構個案之職能治療評估、治療計畫擬定及治療介入；服務內容包含直接服務或諮詢服務，服務場所可為學校、精神復健機構、社會福利機構、職業重建、長期照護機構或居家職能治療等				年 月 日 年 月 日	週 小時
此證明申請人已完成上列所載各實習學科實習成績皆及格，共計修習時數 週(小時)。						
(學會蓋關防處)						
				理事長：	(簽章)	
中 華 民 國 年 月 日						
附註：						
一、「實習」係指實際接觸個案照護的經驗，不包含示教練習、見習及機構參訪。						
二、實習課程負責人資格需具教學醫院5年以上專責職能治療師資格者。						
三、實習教師資格需具教學醫院2年以上專責職能治療師資格者。						
四、實習師生比例不得低於1:3(即每1位教師於同一時期至多指導3名學生)。						
五、本證明書必須由學會依申請人實際情形詳細查核後出證，如有不實，出證者應負法律責任。						
六、本證明書僅供報名專門職業及技術人員高等考試職能治療師考試之用。						

社團法人臺灣職能治療學會職能治療實習補修證明書

姓名		性別		出生日期	年 月 日	身分證統一編號	
實習學科	實習內 涵					實習場所	實習期間 實習週 (時)數
<input type="checkbox"/> 生理障礙職能治療實習	<p>主要針對神經肌肉、感覺、知覺認知功能、以及職能表現(日常活動、工作或生產性活動、休閒或娛樂)操作之功能障礙的成人病患，提供職能治療評估、擬定治療計畫與介入，以及追蹤治療成效。服務對象包含但不限於下列障礙者：中樞神經病變及損傷、周邊神經病變及損傷、肌肉骨骼疾病、退化性疾病、燒燙傷、截肢者、心肺功能障礙等。</p> <p>服務之個案包含疾病恢復過程之各種階段，由急性期至復健期、慢性期或維持期，服務場所除以醫療機構為主外(含加護病房、一般病房之床邊治療、職能治療部門、門診等)，亦可包含居家、社區等場域。</p>						年 月 日 年 月 日 週 小時
<input type="checkbox"/> 心理障礙職能治療實習	<p>主要針對患有思覺失調症、情感性精神病、妄想症、失智症、藥物濫用、焦慮症、人格違常、適應障礙、行為問題等心理障礙者，提供職能治療評估、擬定治療計畫與介入，以及追蹤治療成效。服務場所包含精神科加護病房、急性病房、日間病房、慢性病房(復健病房)、門診、社區復健等場所。</p>						年 月 日 年 月 日 週 小時
<input type="checkbox"/> 兒童職能治療實習	<p>主要針對由新生兒到青少年，因先天性疾病、染色體異常、產前、產中或出生後不久中樞神經系統受到永久性傷害、環境刺激不利或受虐等因素，而致發展障礙或學習困難者，提供職能治療評估、擬定治療計畫與介入，以及追蹤治療成效。服務對象包含但不限於下列障礙者：腦性麻痺、智能不足、唐氏症、染色體異常、自閉症、注意力缺陷過動症、行為及情緒障礙、肌肉萎縮、腦傷、脊髓損傷或身體病弱等。</p> <p>服務場所除以醫療機構為主外，亦可包含發展中心、學校或個案家中等兒童的生活場域。</p>						年 月 日 年 月 日 週 小時
<input type="checkbox"/> 社區或長期照顧(護)職能治療	<p>主要為非醫療模式，針對因健康因素、老化或是社會文化環境不利等因素而導致身體結構或功能受損，或職能參與受限者，提供職能治療評估、擬定服務方案與介入計畫，執行並追蹤介入成效。服務模式包含直接服務或諮詢服務；服務場所可為學校、精神復健機構、社會福利機構、職業重建單位、輔具中心、長期照顧機構、社區或居家職能治療及相關服務之場域等。</p>						年 月 日 年 月 日 週 小時
<p>此證明申請人已完成上列所載各實習學科實習成績皆及格，共計修習時數 週(小時)。</p> <p>(學會蓋關防處)</p> <p style="text-align: center;">理事長： (簽章)</p> <p>中 華 民 國 年 月 日</p>							
<p>附註：</p> <p>一、「實習」係指實際接觸個案照護的經驗，不包含示教練習、見習及機構參訪。</p> <p>二、實習場所課程負責人資格：需具教學醫院 5 年以上專責職能治療業務經驗且具職能治療師資格者。社區或長期照顧職能治療實習負責人需具備該領域 5 年以上職能治療相關業務經驗且具職能治療師資格者。</p> <p>三、實習教師資格：醫療機構實習教師需具教學醫院 3 年以上專責職能治療業務經驗且具職能治療師資格者，或經畢業後一般職能治療訓練計畫(PGY)認可之臨床教師。社區或長期照顧職能治療實習教師需具備該領域 3 年以上專責職能治療業務經驗且具職能治療師資格者。</p> <p>四、每位實習教師於同一實習期間至多指導 3 名學生。</p> <p>五、本證明書必須由學會依申請人實際情形詳細查核後出證，如有不實，出證者應負法律責任。</p> <p>六、本證明書僅供報名專門職業及技術人員高等考試職能治療師考試之用。</p>							