

義守大學
學士後中醫學系
中醫實習醫學生學習護照

實習醫學生姓名：_____

聯絡電話：_____

受訓開始日期：____年____月____日

受訓結束日期：____年____月____日

製作日期 108 年 10 月 24 日

目 錄

一、 學生基本資料.....	3
二、 訓練課程名稱及時間紀錄評核表.....	4
三、 基本訓練課程.....	5
四、 中醫實習醫學生每月課程活動紀錄表.....	9
五、 中醫實習醫學生門診跟診紀錄表.....	10
六、 各科訓練記錄表.....	11

一、學生基本資料



學員姓名：

學校科系：

聯絡電話：

E-mail：

受訓醫院：

導師：

受訓開始日期：____年____月____日

受訓結束日期：____年____月____日

二、訓練課程名稱及時間紀錄評核表：

中醫內科學、中醫婦兒科學、針灸科學、中醫傷科學（含中醫外科學）

科別	訓練時間	完成事項	指導醫師評核
	年 月 日 至 年 月 日	<input type="checkbox"/> 前測 <input type="checkbox"/> 後測 <input type="checkbox"/> 護照填寫 <input type="checkbox"/> 病歷紀錄 <input type="checkbox"/> 期刊報告 (共__篇) <input type="checkbox"/> 病例報告 (共__篇)	
	年 月 日 至 年 月 日	<input type="checkbox"/> 前測 <input type="checkbox"/> 後測 <input type="checkbox"/> 護照填寫 <input type="checkbox"/> 病歷紀錄 <input type="checkbox"/> 期刊報告 (共__篇) <input type="checkbox"/> 病例報告 (共__篇)	
	年 月 日 至 年 月 日	<input type="checkbox"/> 前測 <input type="checkbox"/> 後測 <input type="checkbox"/> 護照填寫 <input type="checkbox"/> 病歷紀錄 <input type="checkbox"/> 期刊報告 (共__篇) <input type="checkbox"/> 病例報告 (共__篇)	
	年 月 日 至 年 月 日	<input type="checkbox"/> 前測 <input type="checkbox"/> 後測 <input type="checkbox"/> 護照填寫 <input type="checkbox"/> 病歷紀錄 <input type="checkbox"/> 期刊報告 (共__篇) <input type="checkbox"/> 病例報告 (共__篇)	
	年 月 日 至 年 月 日	<input type="checkbox"/> 前測 <input type="checkbox"/> 後測 <input type="checkbox"/> 護照填寫 <input type="checkbox"/> 病歷紀錄 <input type="checkbox"/> 期刊報告 (共__篇) <input type="checkbox"/> 病例報告 (共__篇)	

三、基本訓練課程

(一) 全人醫療：

學習主題	學習方式	學習日期	時數	授課單位 (指導者) 簽名或認證

(二) 病人安全：

學習主題	學習方式	學習日期	時數	授課單位 (指導者) 簽名或認證

(三) 醫療品質：

學習主題	學習方式	學習日期	時數	授課單位 (指導者) 簽名或認證

學習方式(A)實際臨床照護案例應用 (B)小組討論 (C)講堂授課 (D)其他(請說明)

(四) 醫病溝通：

學 習 主 題	學習方式	學習日期	時 數	授課單位 (指導者) 簽名或認證

(五) 醫學倫理：

學 習 主 題	學習方式	學習日期	時 數	授課單位 (指導者) 簽名或認證

(六) 醫事法規：

學 習 主 題	學習方式	學習日期	時 數	授課單位 (指導者) 簽名或認證

學習方式(A)實際臨床照護案例應用 (B)小組討論 (C)講堂授課 (D)其他(請說明)

(七) 感染控制：

學 習 主 題	學習方式	學習日期	時 數	授課單位 (指導者) 簽名或認證

(八) 實證醫學：

學 習 主 題	學習方式	學習日期	時 數	授課單位 (指導者) 簽名或認證

學習方式(A)實際臨床照護案例應用 (B)小組討論 (C)講堂授課 (D)其他(請說明)

(九) 病歷寫作：

學 習 主 題	學習方式	學習日期	時 數	授課單位 (指導者) 簽名或認證

(十) 其他：

學 習 主 題	學習方式	學習日期	時 數	授課單位 (指導者) 簽名或認證

學習方式(A)實際臨床照護案例應用 (B)小組討論 (C)講堂授課 (D)其他(請說明)
備註：不敷使用，敬請自行影印。

五、中醫實習醫學生門診跟診紀錄表

時間 診次	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
科別	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷
指導 醫師 簽名				
時間 診次	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
科別	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷
指導 醫師 簽名				
時間 診次	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
科別	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷
指導 醫師 簽名				
時間 診次	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
科別	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷
指導 醫師 簽名				

備註：不敷使用，敬請自行影印。

時間 診次	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
科別	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷
指 導 醫 師 簽 名				
時間 診次	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
科別	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷
指 導 醫 師 簽 名				
時間 診次	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
科別	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷
指 導 醫 師 簽 名				
時間 診次	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
科別	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷
指 導 醫 師 簽 名				

時間 診次	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
科別	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷
指 導 醫 師 簽 名				
時間 診次	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
科別	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷
指 導 醫 師 簽 名				
時間 診次	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
科別	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷
指 導 醫 師 簽 名				
時間 診次	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
科別	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷
指 導 醫 師 簽 名				

時間 診次	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
科別	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷
指 導 醫 師 簽 名				
時間 診次	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
科別	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷
指 導 醫 師 簽 名				
時間 診次	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
科別	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷
指 導 醫 師 簽 名				
時間 診次	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚	年 月 日 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
科別	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷	內 婦 兒 針 傷
指 導 醫 師 簽 名				

六、各科訓練記錄表：_____科

(一) _____科 跟診教學

次數	日期	學習病例		指導醫師簽名
		病歷號碼	中西醫診斷	
1	年 月 日			
2	年 月 日			
3	年 月 日			
4	年 月 日			
5	年 月 日			
6	年 月 日			
7	年 月 日			
8	年 月 日			
9	年 月 日			
10	年 月 日			
11	年 月 日			
12	年 月 日			
13	年 月 日			
14	年 月 日			
15	年 月 日			
16	年 月 日			
17	年 月 日			
18	年 月 日			
19	年 月 日			
20	年 月 日			

備註：不敷使用，敬請自行影印。

科 跟診教學

次數	日期	學習病例		指導醫師簽名
		病歷號碼	中西醫診斷	
1	年 月 日			
2	年 月 日			
3	年 月 日			
4	年 月 日			
5	年 月 日			
6	年 月 日			
7	年 月 日			
8	年 月 日			
9	年 月 日			
10	年 月 日			
11	年 月 日			
12	年 月 日			
13	年 月 日			
14	年 月 日			
15	年 月 日			
16	年 月 日			
17	年 月 日			
18	年 月 日			
19	年 月 日			
20	年 月 日			
21	年 月 日			
22	年 月 日			

科 跟診教學

次數	日期	學習病例		指導醫師簽名
		病歷號碼	中西醫診斷	
1	年 月 日			
2	年 月 日			
3	年 月 日			
4	年 月 日			
5	年 月 日			
6	年 月 日			
7	年 月 日			
8	年 月 日			
9	年 月 日			
10	年 月 日			
11	年 月 日			
12	年 月 日			
13	年 月 日			
14	年 月 日			
15	年 月 日			
16	年 月 日			
17	年 月 日			
18	年 月 日			
19	年 月 日			
20	年 月 日			
21	年 月 日			
22	年 月 日			

(二) _____ 科 主題及病例教學

次數	日期	主題	指導醫師簽名
1	年 月 日		
2	年 月 日		
3	年 月 日		
4	年 月 日		
5	年 月 日		
6	年 月 日		
7	年 月 日		
8	年 月 日		
9	年 月 日		
10	年 月 日		
11	年 月 日		
12	年 月 日		
13	年 月 日		
14	年 月 日		
15	年 月 日		
16	年 月 日		
17	年 月 日		
18	年 月 日		
19	年 月 日		
20	年 月 日		
21	年 月 日		
22	年 月 日		

備註：不敷使用，敬請自行影印。

科 主題及病例教學

次數	日期	主題	指導醫師簽名
1	年 月 日		
2	年 月 日		
3	年 月 日		
4	年 月 日		
5	年 月 日		
6	年 月 日		
7	年 月 日		
8	年 月 日		
9	年 月 日		
10	年 月 日		
11	年 月 日		
12	年 月 日		
13	年 月 日		
14	年 月 日		
15	年 月 日		
16	年 月 日		
17	年 月 日		
18	年 月 日		
19	年 月 日		
20	年 月 日		
21	年 月 日		
22	年 月 日		

備註：不敷使用，敬請自行影印。

