

104 年精神科
七年級實習醫學生教學訓練計劃

目 錄

1、實習醫學生訓練目標 -----	3
2、精神科教學師資介紹-----	6
3、教學資源介紹 -----	9
4、課程內容與教學方式 -----	10
5、訓練督導分級-----	14
6、考核標準及回饋輔導-----	17
7、附件 -----	20
i. 附件一、精神科學習自我評量	20
ii. 附件二、精神科實習教學活動 Check List	23
iii. 附件三、精神科學習心得與建議	25
iv. 附件四、精神科六大核心能力學習檢核	27
v. 附件五、精神狀態檢查評估單	30
vi. 附件六、精神科學習講義	32

一、七年級實習醫學生訓練目標

精神科可以學的課程非常多，包含基本技能如病史詢問、精神狀態檢查、診斷學、藥物學、心理治療等等；或者以不同病患的特性可分為兒童和青少年精神醫學、一般成人精神醫學，以及老人精神醫學等等。另外依據病患的需求，分別還有急性病房，日間病房，慢性病房與急診照會等單位或是領域，提供了不同的醫療照護。在短短的實習階段裡，並不容易全部深入接觸到。

實習醫學生到底要學些什麼呢?

爲了幫助七年級實習醫學生更有系統的完成精神科實習，經本科實習醫學生小組討論，重新編定精神科訓練計畫、手冊與訓練護照 (Goal & Competency-based curriculum)來大幅接軌六大核心能力落實計畫。

壹、臨床照護病人能力 (patient care)：能展現愛心、關懷與同理心，提供病人適切有效的照護，學習如何從身心靈三方面接觸並幫助病患。

精神科實習課程大綱如下：

- 急性病房病人照護，臨床實作接觸照顧患者
- 日間病房活動參與，了解日間病房型態
- 個案討論會參與
 - ✓ 照會(含急診照會)個案討論會
 - ✓ 自殺個案討論會
 - ✓ 兒心個案討論
 - ✓ 急性病房晨會討論
 - ✓ 急性病房 Chart Round

貳、完整與優質的專業醫學知識 (Medical knowledge)：能理解與應用生物、心理、社會、種族、文化等與健康相關知識，並懂得運用專業相關的基礎與臨床醫學知識處理、分析與研究病人問題。

精神科常見疾患學習課程如下：

- 臨床及徵候：意識狀態評估、精神病症狀、思考障礙、憂鬱與躁期症狀、焦慮症狀、失眠。
- 病態或疾病：譫妄、失智症、器質性精神病、精神病性疾患、情感性疾患、焦慮性疾患、兒童青少年精神疾患。
- 精神藥物學：抗精神病藥、抗憂鬱劑、抗焦慮與鎮靜/安眠藥、情緒穩定劑。
- 專家學者演講。
- 文獻選讀 (journal reading) 。
- 全科個案討論會及其他學術會議。

參、實作為基礎之終身、自我學習與改進 (Practice-based learning and improvement)：能具備評估現行醫療照護內容，經過終身、自我學習，吸收科學實證資料並評判資料之可靠性與在病人的適用性，從而改善病患照護；追求醫療品質改善。

精神科實習課程如下：

- 急性病房病人照護，經由個案擴展醫學實證能力
- 日間病房衛教團體，增進學生衛教能力
- 精神科 EBM 討論
- 臨床技能：精神狀態檢察技巧-一般外觀、意識狀態的評量、會談態度、精神動作評估、情緒狀態、語言、思考流程、思考內容、知覺、智能與認知功能、病識感。

肆、良好的人際關係及溝通技巧 (Interpersonal and communication skills)：能有良好的人際關係與溝通技能以便與病人、家屬、同儕及醫療團隊進行資訊交換與溝通，建立團隊合作及良好的傾聽、表達與同理心。

精神科實習課程如下：

- 醫病溝通技巧訓練
- 會談技巧訓練

- 精神科個案報告
- 急性病房病人團體及人際關係團體
- 醫護聯合討論會
- 臨床口頭報告訓練

伍、優質的專業精神及倫理 (Professionalism)：能展現負責任、尊重、紀律、與愛心之專業態度，堅守醫學倫理原則及對各種病人能包容跨文化間差異；對病人年齡、性別、種族、宗教差異具一定的理解與敏感度。

精神科實習課程如下：

- 醫學倫理
- 精神衛生法
- 自殺病患評估及預防
- 暴力評估及預防

陸、制度與體系下之醫療工作 (System-based practice)：能夠認知健康照護制度與體系之運作及緣由；有效整合所有資源以提供適切醫療照護；著重病患安全並避免系統性錯誤，檢討各項醫療決策及操作內容，評估系統資源內容減少系統性錯誤。

精神科實習課程如下：

- 精神科 Bio-psycho-social 照護模式
- 精神科急性、日間、慢性及社區精神醫療照護

我們希望使實習醫學生在與個案的互動中學習到精神科常見疾病的診斷與治療技巧。從生物心理社會各個層面(Bio-Psycho-Social model)，執行與病人為中心的醫療，並理解精神科病患與其他專科病患間的差異。認識精神科各個醫療團隊之間的特性與專業角色。提供運用相關精神醫療資源，以為病人最大利益之照顧。為此我們配合核心課程，特地規劃了一系列的學習活動，希望來精神科的醫學生，都能夠有豐富而愉快的學習之旅。

二、精神科教學師資介紹

1. 教學醫師群

主治醫師	專任或兼顧	資歷	專長
劉嘉逸醫師	專	台北榮總 林口長庚	生物精神醫學、精神藥理學、醫學研究、生物統計
吳佑佑醫師	兼	台大醫院 林口長庚	兒童青少年精神醫學
陳景彥醫師	專	署立豐原醫院 萬芳醫院 林口長庚	精神病理學、司法精神醫學、男性身心醫學
許世杰醫師	專	林口長庚	復健精神醫學、精神疾病診斷學
黃玉書醫師	專	基隆長庚 林口長庚	兒童青少年精神醫學、睡眠精神醫學
莊永毓醫師	專	林口長庚	照會精神醫學
洪錦益醫師	專	林口長庚	精神疾病診斷學、身心醫學
張家銘醫師	專	高雄長庚 中山醫學大學 附設醫院 林口長庚	急診精神醫學、自殺學、疾病流行病學
梁歆宜醫師	專	林口長庚	兒童青少年精神醫學
朱俊霖醫師	專	林口長庚	社區精神醫學、復健精神醫學
吳冠毅醫師	專	林口長庚	成癮精神醫學、精神藥理學、復健精神醫學

倪信章醫師	專	林口長庚	兒童青少年精神醫學
余男文醫師	專	林口長庚	復健精神醫學
林皇利醫師	專	林口長庚	復健精神醫學
謝依璇醫師	專	林口長庚	兒童青少年精神醫學
詹翔琳醫師	專	林口長庚	兒童青少年精神醫學
林俏汎醫師	專	林口長庚	兒童青少年精神醫學
邱郁玟醫師	專	林口長庚	一般精神醫學、老年精神醫學
李晉邦醫師	專	林口長庚	一般精神醫學、男性身心醫學
陳媿蓉醫師	專	林口長庚	一般精神醫學、女性身心醫學
黃智婉醫師	專	林口長庚	一般精神醫學、老年精神醫學
金韋志醫師	專	林口長庚	兒童青少年精神醫學

2. 訓練負責醫師

項目	負責(或協調)醫師
1. 門診訓練	
■ 成人精神科教學門診訓練	劉嘉逸醫師、陳景彥醫師、 許世杰醫師、洪錦益醫師 張家銘醫師、莊永毓醫師 李淑花醫師、吳冠毅醫師
■ 兒童心智科教學門診訓練	黃玉書醫師 梁歆宜醫師

	倪信章醫師 謝依璇醫師 詹翔琳醫師 林俏汎醫師
2. 急性精神疾病之積極治療訓練	陳景彥醫師、洪錦益醫師 吳冠毅醫師、林皇利醫師 邱郁玟醫師、李晉邦醫師、 金韋志醫師
3. 日間病房復健治療	張家銘醫師
4. 照會精神醫療訓練	莊永毓醫師
5. 兒童青少年精神醫療訓練	梁歆宜醫師
6. 最新文獻選讀會	劉嘉逸醫師
7. 自殺個案討論會	張家銘醫師

三、教學資源介紹

1. 臨床教學資源及場域

訓練項目	教學資源(含軟硬體)
1. 精神科急性病房	處於症狀急性期之思覺失調症、情感性思覺失調症、躁鬱症、重度憂鬱症、器質性腦病變、失智症個案之臨床照護，包含積極藥物調整、電氣痙攣治療，傷害和混亂行為的處理，行為治療，家屬會談等。
2. 精神科日間留院病房	了解慢性思覺失調症或躁鬱症在日常生活中可能會遇到的問題、社心職專業如何一同規劃協助病人回歸社區之進程。
3. 精神科門診	情感性疾患、焦慮性疾患、適應性障礙、藥酒癮相關疾病、睡眠、注意力不足過動症、自閉症、學習障礙等疾患門診判斷及長期追蹤。
4. 急診	自殺及暴力評估、個案出現激躁行為的鑑別診斷、各種精神疾患急性病症的處理。
5. 討論室	精神科學研究進展、跨科合作(睡眠中心、男性身心健康)等新知。各式討論會含照會、自殺個案討論會、文獻選讀及臨床教師授課。 本科系並有數百本精神醫學相關藏書可供借閱。
6. 兒童心智科	了解兒童青少年的精神評估及常見疾病：發展遲緩；注意力不足/過動症；自閉症/廣泛性發展疾患；情緒問題；行為問題。

2. 精神科學習講義

詳見附件之七年級實習醫學生學習講義(P.32)。

四、課程內容及教學方式

1. 臨床醫學課程內容及教學方式

七年級醫學生於精神科實習時間共半個月，主要內容及教學地點為精神科急性病房及日間病房復健活動參與，在住院醫師、主治醫師督導與護理和社心職多專業協助下，第一線照顧病人。

另外，這半個月中皆有安排成人及兒童心智科教學門診，讓醫學生可輪流跟診學習。

(一) 課程內容

核心課程：

訓練課程	教學內容
一般醫學訓練	1. 精神科之治療模式強調全人醫療、病人安全及醫病溝通；在會談技巧訓練時特別加強實習醫學生具有這些基本的知識。 2. 實習醫學生報到後，隨即安排精神科報告的訓練課程，教導書寫精神科病歷及口頭報告技巧；實習醫學生結束實習之前，必須完成口頭病例報告，由主治醫師督導並給予評論。 3. 實習醫學生必須參加每日病房晨會、急診病例討論、精神科病例聯合討論會以及每週之照會個案討論會；所有個案病例討論都包含醫療品質、醫學法律與倫理、感染管制以及實證醫學的訓練範疇，實習醫學生也都鼓勵於會中發表意見並提問。
症狀或徵候	意識狀態評估、精神病理學介紹、精神病症狀、思考障礙，憂鬱與躁期症狀、焦慮症狀、失眠。
病態或疾病	譫妄、失智症、器質性精神病、精神病性疾患、情感性疾患、焦慮性疾患、常見兒童青少年精神疾患。

臨床技能	精神狀態檢查技巧	一般外觀、意識狀態評量、會談態度、精神動作評估、情緒狀態、語言、思考流程、思考內容、知覺、智能、認知功能、病識感
	精神科病歷報告	如何撰寫完整的精神科病歷報告
	精神藥物學及副作用評估	抗精神病藥 抗憂鬱劑 抗焦慮與鎮靜/安眠藥 情緒穩定劑
	自殺的評估與處理	危險性評估 相關處置原則
	暴力評估與處理	危險性評估 臨場辨識技巧 處理原則
	精神醫學倫理	醫學倫理原則在精神科的應用。
	精神衛生法	從法律角度出發如何維護病人權益，促進心理健康。

(二)教學方式

A.急性病房床邊教學（半個月）：

1. 於住院醫師指導下照顧急性病房病人。
 - ◆ 在住院醫師督導下，跟隨主治醫師照護住院病患。分配 2-5 床病患給七年級實習醫學生，從臨床照護過程中學習精神科主要疾病之症狀及治療，並在住院醫師指導下完成病歷記載（入院記錄、病程記錄、值班記錄、及出院病摘等）。
2. 跟隨住院醫師夜間值班學習急性精神症狀之處理及助眠藥物之使用。夜間值班訓練，以半個月值 4 班為上限。
 - ◆ 急診精神醫學訓練：夜間值班急診精神科照會醫師指導下，學習急診精神科病患之評估、治療及後續安排。
 - ◆ 自殺個案評估訓練：夜間急診照會精神科醫師指導急診自殺照會個案之自殺危險評估及處置。
3. 共同參與護理、職能治療、心理師及社工師之團隊會議討論，了解病房病人回歸社會之復健計畫的進行。
4. 實境訓練
 - ◆ 學習處理精神病人特殊狀況的技巧，例如：暴力、自殺、自傷行為、性騷擾、混亂行為等問題。
 - ◆ 學習精神科急診病患之評估、治療及後續安排。

B.教學門診跟診（輪流實行於半個月中）：主治醫師於教學門診中指導精神科病人的會談及接觸方法，並且學習評估精神科病人之精神症狀。

C.日間病房活動參與（半個月）：帶領衛教團體並一同參與慢性精神病人之復健課程。

D.兒童心智科教學（輪流實行於半個月中）

1. 兒童青少年精神醫學簡介
2. 兒童青少年的精神評估
3. 常見兒童青少年精神疾病：症狀與治療
4. 主治醫師授課與 Q&A
5. 兒心教學門診

6. 兒心學術活動

2.其他訓練

- A. 晨會。
- B. 精神科急性病房教學迴診：固定每週五上午由急性病房主任朱俊霖醫師帶領，學習評估及治療住院中的急性精神個案，並了解精神科醫、護、社、心、職五大專業，共同分工治療個案的特性；若病房內有兒童青少年住院個案，則安排由兒童心智科主治醫師之教學迴診。
- C. 照會精神醫學學習與讀書會 (每週一次)：每週二下午，參與照會精神醫學個案討論會，了解內外婦兒科住院病人精神科照會的特性及治療處置。若當周有照會教科書讀書會，則一同參與新知學習。
- D. 院外來賓演講 (每個月至少一次)、科內主治醫師專題演講 (每個月兩次)。
- E. 研究計劃與研究方法訓練：劉嘉逸教授及陳嘉祥教授督導，包含論文寫作、研究方法學及當代精神科的最新進展。
- F. 個案報告: 於實習結束最後一天進行口頭及投影片報告，由李晉邦醫師指導進行個案討論會，並在主治醫師監督下，與住院病人進行 MiniCEX，約 10 分鐘會談，包含關係建立技巧、診斷準則及治療衛教建議，之後進行相關主題文獻選讀及整理後之口頭報告。

五、訓練督導分級

依據本院 MPE4.1 學員所需的訓練督導層級管理政策，本計劃涵括

(一) 學員教育訓練層級為：

UGY medical student (undergraduate, 7th year grade)
UGY 實習醫學生

(二) 學員的勝任能力分五級:

1	學員有基礎的科學/臨床醫學知識，能夠在小組討論、講堂或醫院中展現(說、寫、或做) 這些基礎的能力。	能瞭解知識
2	學員有夠將科學/臨床醫學知識融入臨床議題以及應用在“各式各樣的臨床情境中”。在小組討論、講堂或醫院中能展現(說、寫、或做)上述能力。	能展現能力
3	學員能夠在“目標清楚的模擬臨床訓練環境中” (例如：OSCE，Mini-CEX)，展現其執行能力。	能模擬執行
4	學員能夠在“幾近/或臨床實境中”，展現其執行能力(在臨床實境中學生被直接督導，所以不是獨立的執行醫療行為)。執行任務前，教師會給予明確指導，整個過程都需要充分提供監督與指導。	督導下能做
5	學員能夠在“臨床實境中”，展現其執行能力。這是幾近獨立執行業務，能夠與教師同時並行的執行業務，教師在附近支援，在需要時教師及時協助，並在學生完成任務後給予回饋。	支援下能做

(三) 學員的對應的督導分級可分為下列四級:

1	見習模擬 Observation and simulation	隨著督導層級醫師觀摩病人的照護，或是在各式模型上進行侵入性操作的練習
2	師長督導 Direct supervision	執行醫療行為前給予明確指導，整個過程都需要督導層級醫師在場提供監督與指導
3	師長支援 Supervisor available	執行醫療行為前給予明確指導，能夠與教師同時並行的執行業務，教師能隨時支援
4	獨立作業 Independent allowed	允許獨立地執行醫療行為，與督導層級醫師共同承擔醫療品質及病患安全的責任

(四) 指標性授權項目的督導分級、勝任能力要求及督導層級表列如下:

訓練層級	督導分級	授權項目	勝任能力要求	督導層級
UGY medical student (undergraduate, 7th year grade) UGY 實習醫學學生	師長支援	病歷書寫 medical record	5	主治醫師
		身體診察 傷口的換藥及包紮 侵入性作業 (動脈 穿刺、靜脈注射管 路、導尿管、 插鼻胃管)		住院醫師
		一般會談		
	師長督導	開立處方、協助基本急救、手術室內的輔助工作、傷口的縫合	4	住院醫師
	見習模擬	氣管內管的插入	3	
		電氣痙攣治療		
		身體約束		
心理治療				

1、本計劃所列「侵入性操作」的訓練項目包括：動脈血血液氣體分析、呼吸道照護（含氣管內管插入及照護）、高級心肺復甦術、腰椎穿刺、腹水抽吸、中央靜脈導管置入、心電擊治療、Swan-Ganz 導管放置、動脈導管放置、SB tube 放置、肝臟生檢及病理檢查判讀、關節內注射及關節液抽取等。上述「侵入性」的定義：於醫療行為中，採用切割、移除或更動人體組織，或將醫療器材置入人體來從事診斷或治療。

2、「病患照顧」包括：本計劃所列非侵入性操作的訓練項目屬之。

3、本計劃所列「病歷書寫」的訓練授權，依據本院 MPE4.7 實習醫學學生及住院醫師病人照護紀錄審查程序辦理。

六、考核標準及回饋輔導機制

(一) 考評方式及時機

一、精神科學習前後自我評量

給予學生自行評量實習前後能力評估

二、於七年級實習醫學生結束實習前,將會有數種評核方式包含評核表以及口頭個案報告,評核方式如下:

=>各指導老師綜合評核

- 病房內個案之照顧、醫病關係及團隊合作評估。
- 晨會個案報告
- 病歷書寫情形
- 實習醫學生臨床學習態度

=>個案討論---口頭報告

於實習結束前，在主治醫師督導下進行一次實境會談訓練與口頭報告

=>於訓練期間病房及教學門診時進行一次以上迷你臨床評估演練(Mini-CEX)

於教學門診完成教學門診紀錄.

=>不定時會談技巧訓練及個案討論

=>筆試：

於實習結束前，於教學總醫師指導下參與筆試，內容與實習課程相關

三、評分原則:

■ 臨床工作表現--- 30%
■ 學習態度---30%
■ 口頭報告---15%
■ 學術活動參與---15%
■ 筆試考核--10%

(二) 回饋輔導機制

1. 雙向回饋

- 本科對實習醫學生之雙向回饋機制為於行前說明會(職前訓練)，科會(學術晨會)，教學門診，床邊教學，每日的巡房及教學作雙向回饋。
- 實習醫學生於本科夜間值班，隨時可以與總醫師及主治醫師溝通及雙向回饋。
- 實習醫學生訓練期末，皆有實習醫學生對主治醫師評核回饋機制。
- 實習醫學生護照皆有回饋意見反應機制。
- 每月定期與實習醫學生導師座談一次，多向溝通，以瞭解該月各實習醫學生之學習實際情況
- 實習醫學生於實習結束前，均有與總醫師座談時間，在教學課程及專業知識上可直接與總醫師進行雙向回饋。
- 實習醫學生每三個月，均舉辦期中及期末實習醫學生座談會各一次，將給於實習醫學生回饋，意見反應及加以改善。

2. 輔導

- ◆ 每位七年級實習醫學生在本科實習時皆有負責指導之主治醫師（目前由李晉邦醫師指導），可提供學員在照護病人、研究學習、及生活上之即時的輔導。
- ◆ 急性病房與日間病房由精神科主治醫師及住院醫師指導醫學生進行基層醫療。
- ◆ 一般教學或生活適應方面則有教學總醫師及病房總醫師可提供幫忙輔助
- ◆ 值班由精神科住院醫師以一對一方式指導七年級醫學生

3. 補救

對於臨床表現或各項報告評核表現不佳,由回饋之主治醫師加強臨床技能訓練,由負責督導之住院醫師及總醫師於其進行基層醫療時給予協助,並請負責輔導之主治醫師了解其生活及學習狀況,視狀況給予必要協助.

4. 改善機制

- ◆ 醫學生可隨時於實習過程中向總醫師及教學主治醫師提出改善方案或是希望學習之課程，課程經回報教學主任後視情況彈性調整
- ◆ 若有狀況不佳之學員，總醫師將於實習過程中額外提供教學措施及經驗分享並詳加督促學習
- ◆ 若整體分數低於六十分不及格之學生，將上呈醫教會做完整討論

七、附件

附件一、精神科學習自我評量

請就學習項目自我評量訓練前及訓練後熟悉程度

項目	訓練前之熟悉程度 A：很熟悉 B：部份熟悉 C：很不熟悉	訓練後之熟悉程度 A：很熟悉 B：部份熟悉 C：很不熟悉
症狀及徵候		
意識狀態	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
精神病症狀	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
思考障礙	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
憂鬱與躁期症狀	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
焦慮症狀	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
失眠	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
精神藥物學		
抗精神病藥	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
抗憂鬱劑	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
抗焦慮與鎮靜安眠藥	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
情緒穩定劑	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
自殺患者的評估與處理		
危險性評估	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
相關處置	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
暴力評估與處理		
危險性評估	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
臨場辨識技巧	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

處理原則	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
倫理課程		
精神醫學倫理	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
精神衛生法	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
溝通技巧		
醫病溝通技巧	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
臨床溝通技巧	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

請就學習項目自我評量訓練前及訓練後熟練程度

項目	訓練前之熟悉程度 A：很熟練 B：部分熟練 C：很不熟練	訓練後熟練程度 A：很熟練 B：部份熟練 C：很不熟練
檢查技巧		
一般外觀	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
意識狀態的評量	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
會談態度評估	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
精神動作狀態	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
情緒狀態	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
語言	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
思考流程	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
思考內容	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
知覺	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
智能與認知功能	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
病識感	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
病態或疾病		
譫妄	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

失智症	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
器質性精神病	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
精神病性疾患	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
情感性疾患	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
兒童青少年精神疾患	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

訓練前

訓練後

日期： _____ / _____ / _____

日期： _____ / _____ / _____

學生簽名： _____

學生簽名： _____

臨床教師簽名： _____

臨床教師簽名： _____

附件二、精神科實習教學活動 Check List

學習項目	日期	學生回饋意見	簽章
1. 實習課程說明			
2. 一般精神科簡介			
3. 兒童青少年精神醫學簡介			
4. 日間病房衛教團體			
5. 急性病房人際關係團體			
6. 急性病房教學迴診(一)			
7. 急性病房教學迴診(二)			
8. 急性病房教學迴診(三)			
9. 成人教學門診(一)			
10.成人教學門診(二)			
11.兒心教學門診			
12.兒心主治醫師門診(一)			

學習項目	日期	學生回饋意見	簽章
13. 兒心主治醫師門診(二)			
14. Journal Reading (一)			
15. Journal Reading(二)			
16. 全科性醫護聯合討論會			
17. 照會個案討論會 (一)			
18. 照會個案討論會(二)			
19. 自殺個案討論會			
20. 兒心個案討論			
21. 兒心主治醫師 Q&A 時間			
22. 臨床實習回饋			
23.			
24.			

附件三、精神科學習心得與建議

1. 對於精神科訓練學習心得與建議：

2. 我對於精神科訓練的學習成果感到：

非常有收穫 有收穫 尚可 沒有收穫

3. 在精神科的訓練過程，

我（經常 偶而 從未）學會應用照顧病患能力(Patient care)於實際臨床個案
照護及討論

我（經常 偶而 從未）學會應用專業知識(Medical knowledge)於實際臨床個
案照護及討論

我（經常 偶而 從未）學會應用實作導向之學習與改進(Practice- based
learning and improvement)於實際臨床個案照護及討論

我（經常 偶而 從未）學會應用人際關係及溝通技巧(Interpersonal and
communication skills)於實際臨床個案照護及討論

我（經常 偶而 從未）學會應用專業素養(Professionalism)於實際臨床個案照
護及討論

我（經常 偶而 從未）學會應用制度下之臨床執業 (System-based practice)
於實際臨床個案照護及討論

4. 其他建議：

學生簽名：

臨床教師簽名：

附件四、精神科六大核心能力學習檢核

核心能力	項目	總評
臨床照護病人能力 (patient care)	照會個案討論會 自殺個案討論會 兒心個案討論 急性病房晨會討論 急性病房 Chart Round	<input type="checkbox"/> 優良 <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 待加強
完整與優質的專業醫學知識 (Medical knowledge)	譫妄 失智症 器質性精神病 精神病性疾患 情感性疾患 焦慮性疾患 兒童青少年精神疾患	<input type="checkbox"/> 優良 <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 待加強
實作為基礎之終身、自我學習與改進 (Practice-based learning and improvement)	急性病房病人照護 日間病房衛教團體 精神科 EBM 討論 臨床技能	<input type="checkbox"/> 優良 <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 待加強

核心能力	項目	總評
良好的人際關係及溝通技巧 (Interpersonal and communication skills)	醫病溝通技巧訓練 會談技巧訓練 精神科個案報告 急性病房病人團體及人際關係團體 醫護聯合討論會 教學門診 臨床口頭報告訓練	<input type="checkbox"/> 優良 <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 待加強
優質的專業精神及倫理 (Professionalism)	醫學醫學倫理 精神衛生法 自殺病患評估及預防 暴力評估及預防	<input type="checkbox"/> 優良 <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 待加強
制度與體系下之醫療工作 (System-based practice)	精神科 Bio-psycho-social 照護模式 精神科急性日間慢性及社區精神醫療照護	<input type="checkbox"/> 優良 <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 待加強

臨床教師評語

精神科課程負責教師簽名：_____

日期：____年____月____日

附件五 精神科實習醫學生技能基本能力評估單

學員姓名： _____	身份職級： <input type="checkbox"/> Clerk <input type="checkbox"/> Intern	指導醫師： _____	日期： ____/____/____
病人姓名： _____	病歷號： _____	病人來源： <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 其他	
精神狀態檢查 Mental status Examination			
* Consciousness:		* Speech:	
* Appearance:		* Behavior:	
* Attitude:		* Thought:	
* Attention:		* Perception:	
* Mood:		* Drive:	
* Affect:		* Insight:	
* JOMAC			
Judgment:		Orientation:	
Memory:		Abstract	
		thinking:	
Calculation:			
臨床技巧難度: <input type="checkbox"/> 易 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 難		(以下由臨床教師填寫)	
評分： 不理想 1-3分, 尚可 4-6分, 優秀 7-9分			
介紹及邀請病人:_____		是否具同理心:_____	
症狀判斷精準度:_____		整理組織能力:_____	

檢查過程流暢度: _____	整體檢查評分: _____
教師回饋與建議：	

附件六、精神科學學習講義

PSYCHIATRY INTERNSHIP GUIDELINES FOR MEDICAL STUDENTS

Responsibilities

Inpatient Psychiatric Services

Admission of Patients

- Interview patients as resident/attending assigns
- Write complete documentation on no more than one new admits in one day
- Be prepared to give a precise and comprehensive presentation of the patient's case to the team, and have pertinent data available for the team's review. Try to gather all data prior to rounds.

On-Call Duties

- No more than two over-night duty in one week. (two for 7th grade student; one for 5th or 6th grade student)
- You are responsible for your assigned call days. If you have a major problem, you are responsible to find a senior student to cover your call, and to inform the resident on call with you. Your grade will reflect your attentiveness to your on-call duties.
- Call begins at 5:00 p.m. on weekdays, and at 8:00 a.m. on weekends and holidays. You are expected to be in the hospital when you are on call.
- While on call, you will be expected to see new admissions as well as consults to the general hospital and emergency department as your resident directs. Your resident will decide which patients you write-up.
- The morning following call, you are expected to attend morning report. Be prepared to give a concise presentation of the patients you worked up.

General Duties on Inpatient Services

- Assist in work-up of new admissions as above

- Typically be responsible for following and charting on no more than 5 patients at a time. (5 for 7th grade student; 2-3 for 5th and 6th grade student) (if some patients become less acute, the number of patients may increase).
- You are expected to be available from 8:00 a.m.-5 p.m. Monday through Friday. Your attending may extend these hours as needed to complete work, rounds, etc.

(1). Pre-Rounding

- ✓ Review your patient' s charts each morning. - NOTE: the patient' s vital signs, sleep, appetite, nurse' s observations of the patient, any refusal of medications, refusal to attend various therapeutic modalities (e.g. group therapy, OT, exercise, etc.), problems with medications, need for p.r.n. medications, restraints, etc.
- ✓ Talk to your patients - be aware of their status, do Mini-Mental State Exam as appropriate.
- ✓ Obtain any pertinent new data prior to team rounds (X-Rays, Labs, EEG results, EKG reports, Neuropsychological or psychological testing, consultation reports, etc.) Review with your resident before rounds.

(2). Team Rounds

- ✓ Read ahead so you can develop an understanding of your patient' s illness, so you can participate in a team discussion regarding a reasonable assessment of the patient' s status with respect to diagnosis, management, treatment goals, prognosis, and disposition options.
- ✓ Develop an understanding and appreciation for the multidisciplinary team approach to patient care, and the role of each team member.

(3). Morning Meetings

- ✓ Prepare and attend to report your patient' s history and happening in morning meetings
- ✓ On duty chief resident or attending may ask you to make presentation for your patients

(4). Documentation

Daily Notes on Each of Your Patients --- S.O.A.P. Format

May write before or after rounds, as attending prefers; should include:

Subjective

What the patient tells you - new complaints or concerns

Objective

Summary of staff observations since last team rounds

Your observations

Notations about sleep/appetite/medication, compliance/problems with medications/participation in unit activities/use of p.r.n. medications for sleep, agitation, psychosis, acting out, etc./need for restraints or seclusion/aggressive behavior/vital signs

Mental Status Examination, including a MMSE when appropriate to the patients condition

New data: X-rays, labs, psychological or neuropsychological testing, EEG, EKG, ECT reports, information from family, etc.

Assessment / Plan

Problem list with assessment, rationale for changes in therapy, treatment goals, plans for disposition. Should include a list of active psychiatric and medical problems. If you are unsure of the plan, it is acceptable to write, "Will discuss with attending/resident."

(5). Orders on Your Patients

You are allowed for entering orders on your patients and having them co-signed by your resident daily. It is a important part of training program, and needs to be monitored and regulated.

Weekend Summary Notes (or Prior to a holiday)

Should include the above (as daily progress notes), but also a list containing diagnoses, current medications, allergies, any special problems to watch for, labs or other studies to follow-up during the weekend.

Example	
Diagnosis : Axis I~V	
Psychiatric Meds :	Other Meds :

Psychiatric p.r.n. Meds :
Problems to watch for :
Plan :

Off-Service Notes

List diagnoses, interventions, patient’ s responses to interventions, prognosis, plans for disposition, brief summary of hospital course by problem list. This is a courtesy to the practitioner who follows you.

Discharge Notes

At discharge you should write in the last page of the chart :

Admission and discharge dates

- Multiaxial diagnosis
- Procedures
- Consults
- Disposition
- Condition at discharge
- Discharge medications
- F/U appointments
- Any pertinent labs (e.g. lithium levels, CBC, etc.)

Discharge Summaries

You are expected to dictate only on patients you followed. Your resident or attending will review the summary with you.

Transfer Forms for long-stay hospital, nursing homes,

Ask your resident for assistance.

Rationale for Documentation

Basic Rationale for Charting (always use black ink when charting)

- The medical record is a legal document, and is subject to review by Quality Assurance, various review boards, third party payers, other practitioners and at times by the courts.

As such, it should be legible, concise, and accurate. If an error is made, draw one single line through it. Write error and your initials.

- Its purpose is to reflect, as accurately as possible, the evaluation and management of a patient's illness(es).
- Any entry into a chart becomes a permanent part of the record on a patient, and as such, should be carefully considered.
- Do not express feelings or derogatory comments about other care-providers in the medical record. Doing so puts not only the other person in jeopardy, but also you and the team. There are other avenues for expressing your concerns and feelings.
- Various forms of documentation serve specific purposes, but taken together should constitute a coherent history of a given episode of illness. What follows is a very basic outline of the purpose and logic behind various types of documentation that physicians, psychiatrists, in particular, do.

(1). Admission History and Physical condition

Reflects as accurately as possible the patient's presenting symptoms, his past history (medical and family history, social history [including developmental, birth order, education, significant attachments, social support system], legal history, substance use history, physical exam, systems review, lab data, and multi-axial diagnosis and treatment plans.

(2). Daily Progress Notes

Reflect the *ongoing* assessment and management of the patient's illness including:

1. New data as they are acquired
2. History, observations, lab, radiographic, consultations, testing
3. A rational synthesis of the data into a diagnostic formulation
4. The rationale for therapeutic interventions, treatment goals
5. The patient's response to interventions
6. Includes positive and negative responses (e.g. improvement, or complications, medication side effects)
7. The plan for future management
8. Prognosis

(3). Discharge Notes

1. Serve to record in the chart a brief synopsis of the patient's hospital course, status at discharge, and clear plans for ongoing care.
2. It leaves a record of important discharge data in case the patient is readmitted, and is a courtesy to the practitioner who may see the patient next.
3. It also can serve as a helpful outline for dictating the discharge summary.

(4). Weekend Notes (or pre-holiday notes)

A basic outline of patient's diagnosis, medications, allergies, anticipated problems, pending labs for the attending covering during the team's absence

(5). Discharge Summaries

This document is a culmination of all your previous charting, and should record a synthesis of the patient's problems, what you did to evaluate and manage them during this hospitalization the patient's response, and a plan for ongoing care.

It includes:

1. The patient's presenting illness, his symptoms, signs, history of his illness
2. How you evaluated the patient's illness
3. How you made sense of what you found
4. What you did to treat the patient and why you did it
5. How the patient responded to what you did
6. How the patient will be managed in the future

If you've done your previous charting efficiently, all the data you need should be readily available for dictation of the discharge summary.

The outline of the discharge note is a good format, but in the discharge summary, you will include a "Hospital Course" section for each problem. Make it brief!! It should not be a recounting of daily events, but a *summary* that includes the above data in a coherent, concise format.

Guidelines for Psychiatric Evaluation Write-Ups

A psychiatric evaluation is a comprehensive interview (or set of interview) conducted with the patient and possibly others who know the patient well.

The write-up of the psychiatric evaluation follows a format very similar to other formal medical evaluations, and is broken down into sections with specific names. The interview and write-up cover :

- Identifying information : Name, age, and other characteristics deemed important.
- Chief complaint : The reason the patient gives for having the evaluation.
- History of Present Illness : The story of the problems, symptoms, concerns leading up to the present request for evaluation. Significant rule-outs should be included (Psychotic disorders or episodes, Mood disorders or episodes, Anxiety disorders or episodes, Substance use disorders, directly contributing medical/surgical diseases, directly contributing trauma)
- History of Past Psychiatric Illness : The story of past psychiatric problems, symptoms, treatment.
- Medical History : Medical diagnoses, problems, symptoms, past surgery, alcohol and drug use, smoking history.
- Allergies
- Social/Developmental History : Personal, psychological and family issues; social problems, concerns, and strengths; experiences in the family of origin, trauma and loss, spiritual issues, beliefs and concerns; sexual history.
- Family History : History of psychiatric disease, alcohol and drug problems in family of origin and relatives.
- Psychiatric Review of System : Includes all symptoms not covered in the History of Past Psychiatric Illness (including rule-outs), and covers symptoms of all major mental disorders.
- Mental Status Examination : A systemic evaluation of the patient' s functioning at the present moment, includes assessment of attitude, appearance and behavior; speech; mood and affect; thought and language; perceptions; cognitive function; insight and judgment.
- Assessment : Diagnosis and differential diagnosis using DSM-IV-TR on all five axes;

case formulation (the bio-psycho-social assessment of the patient, putting together all the pieces of data into a framework that will generate hypotheses for treatment.

- Recommendation or Plan : Suggestions for further evaluation, clarification of diagnosis, and treatment; may include prognosis.