

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓

承辦人：甘莉莉

電話：(02)2752-7286#134

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：kan@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國102年11月21日

發文字號：全醫聯字第1020001810號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

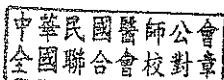
附件：如文

主旨：轉知衛生福利部102年11月18日衛部心字第1021780436號公告預告修正「醫療機構受理疑似性侵害事件驗傷診斷書」格式草案案（如附件），請 查照。

說明：

- 一、依衛生福利部102年11月18日衛部心字第1021780436A函辦理。
- 二、對該公告內容有任何意見或修正建議者，需於公告刊登公報次日起7日內陳述意見。
- 三、其修正要點略以：
 - (一)各頁頁尾加註「第一聯性侵害專責人員留存（白），第二聯醫療機構留存（紅），第三聯被害人留存（醫療機構可視需要影印留存）（黃）」文字。
 - (二)第2頁其他補充說明欄加註：（例如：外觀或精神狀態之描述）。
 - (三)第3頁簽章欄位，原「科主任（主治醫師）」文字變更為「主治醫師」。
- 四、貴會若有修正建議，請逕向衛生福利部陳述意見或洽詢（電話：02-85906685 / 傳真：02-85906062 / 電子郵件：mdemma@mohw.gov.tw）。
- 五、本訊息刊登本會網站。

正本：各縣市醫師公會



副本：

理事長 蘇清泉

第 1 頁 共 1 頁

102 11 25 11024

上網公告
鄭華琴
102.11.24

2823

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：10341臺北市大同區塔城街36號
傳 真：(02)8590-6062
聯絡人及電話：劉媛媛(02)8590-6685
電子郵件信箱：mdemma@mohw.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國102年11月18日

發文字號：衛部心字第1021780436A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：公告掃描檔(含附件)1份(1021780436A-1.doc、1021780436A-2.pdf)

主旨：檢送本部102年11月18日衛部心字第1021780436號公告「
醫療機構受理疑似性侵害事件驗傷診斷書」格式修正草案
，請 查照並轉知所屬依公告事項第四點辦理。

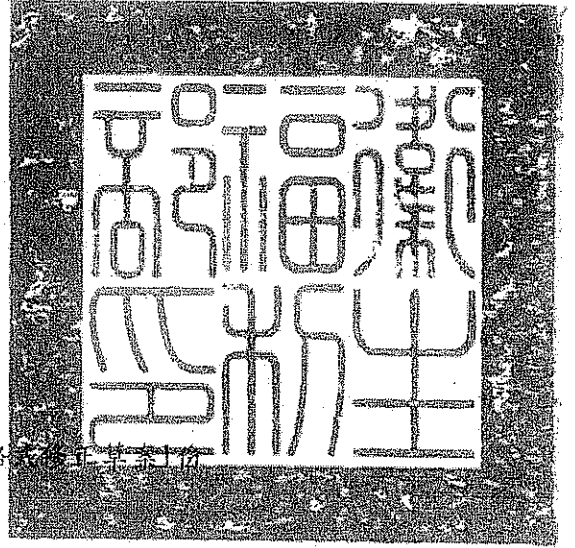
正本：法務部、各直轄市及縣市衛生局、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣婦產科醫學會、台灣急診醫學會

副本：本部法規會、本部綜合規劃司(均含附件)

2013/11/19
08:50:57

部長 邱文達

衛生福利部 公告



發文日期：中華民國102年11月18日

發文字號：衛部心字第1021780436號

附件：「醫療機構受理疑似性侵害事件驗傷診斷書」格式修正草案1份

主旨：預告修正「醫療機構受理疑似性侵害事件驗傷診斷書」格式草案。

依據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

公告事項：

- 一、修正機關：衛生福利部。
- 二、修正依據：性侵害犯罪防治法第十條第三項。
- 三、「醫療機構受理疑似性侵害事件驗傷診斷書」格式修正草案如附件。
- 四、對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報之次日起7日內陳述意見或洽詢：

(一)承辦單位：衛生福利部心理及口腔健康司

(二)地址：10341臺北市大同區塔城街36號

(三)電話：(02)8590-6685

(四)傳真：(02)8590-6062

(五)電子郵件：mdemma@mohw.gov.tw

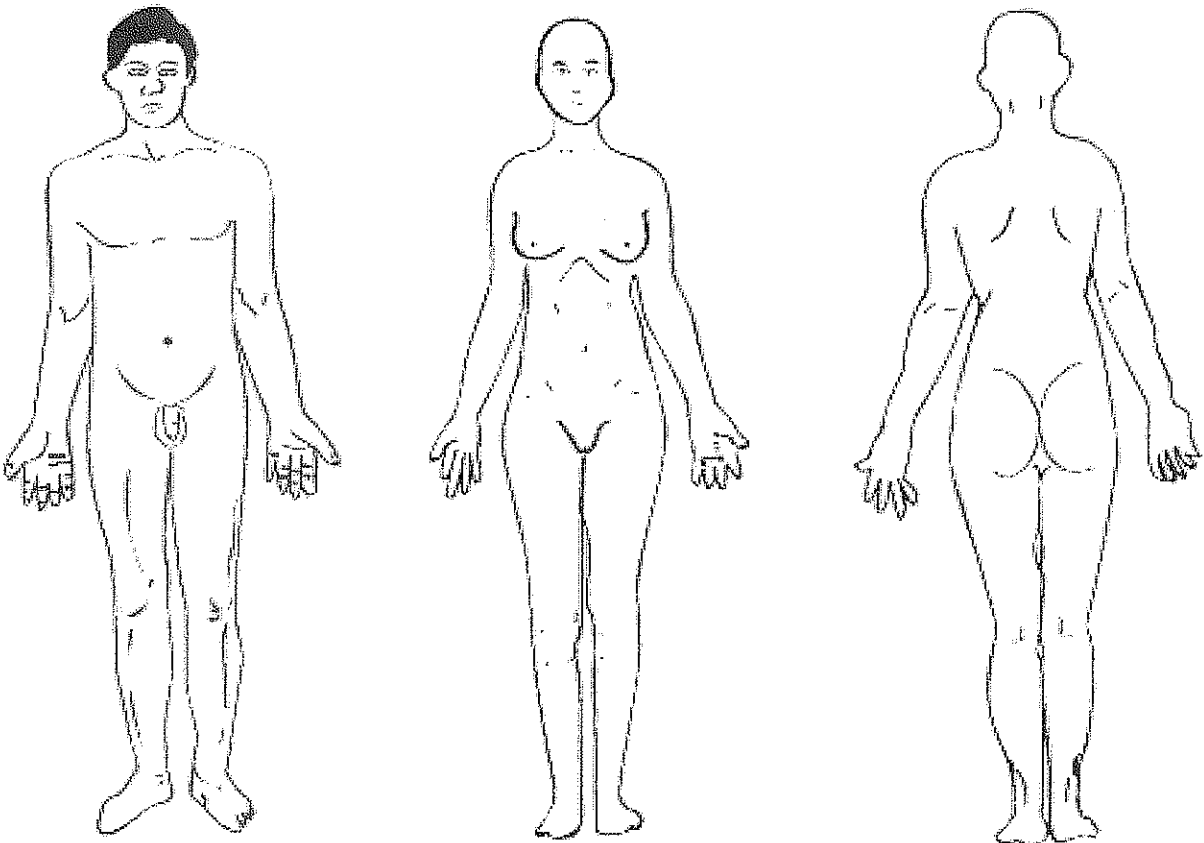
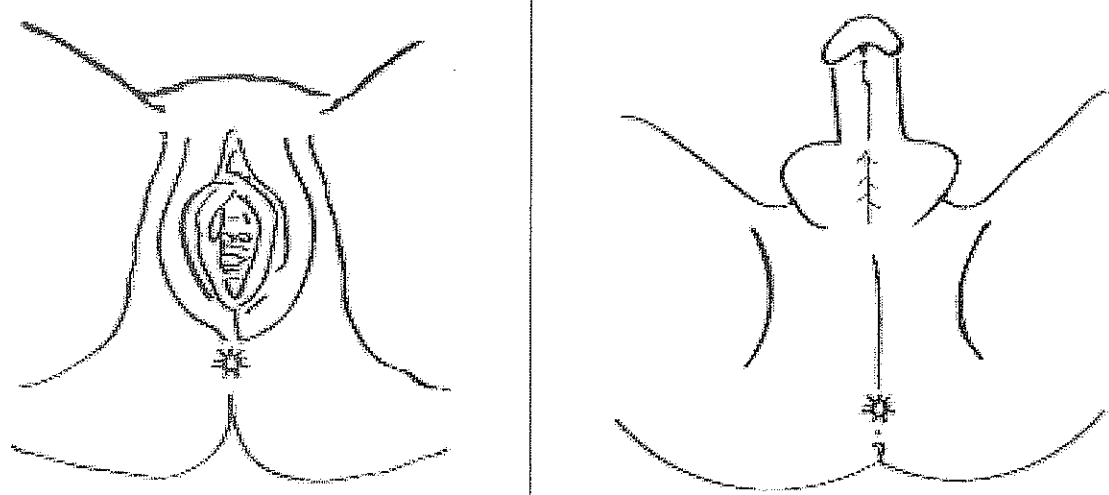
部長 邱文達

(醫療機構名稱) 受理疑似性侵害事件驗傷診斷書(草案)

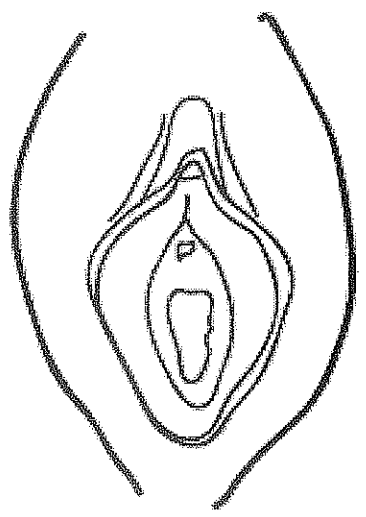
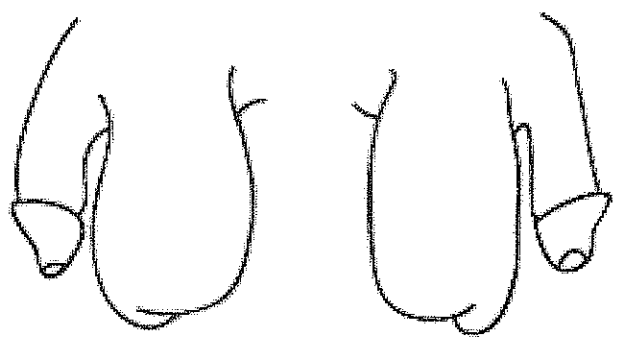
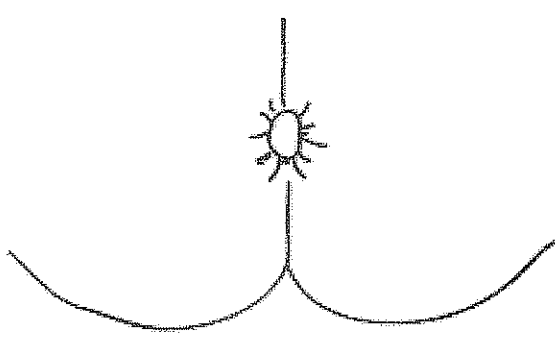
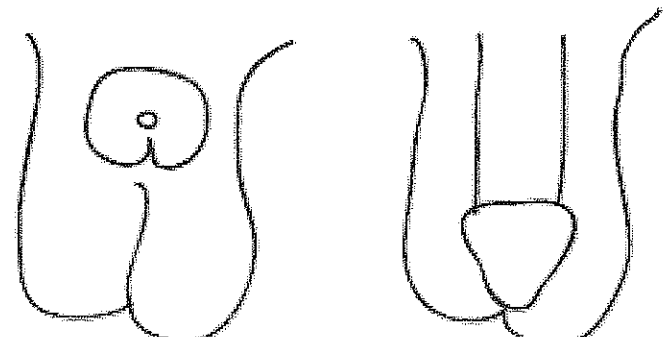
字第 號

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	出生	民國 年 月 日
職業		國民身分證 統一編號		病歷號碼	
住址		電話		驗傷時間	年 月 日 時 分
受 害 人 主 訴 (有無請用勾選)	事件發生時間	年 月 日 時 分			
	身體傷害描述				
	來驗傷前有無沐浴、更衣、沖洗	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	最近一次月經 (男性受驗人免填)	年 月 日	
	事件發生時加害人有無使用保險套之避孕方式			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
有醫 事 無 檢 進 驗 項 行 目 (請勾打)	<input type="checkbox"/> 血型 <input type="checkbox"/> 披衣菌檢驗 <input type="checkbox"/> 精子游動檢查或酸性磷酸酶檢查 <input type="checkbox"/> B型肝炎檢驗(檢驗項目:B型肝炎病毒表面抗原 HBsAg 及表面抗體 HBsAb) <input type="checkbox"/> 懷孕檢查 <input type="checkbox"/> HIV 檢驗 <input type="checkbox"/> 梅毒血清檢驗 <input type="checkbox"/> 淋病檢驗 <input type="checkbox"/> 尿液或血液中酒精之測定 <input type="checkbox"/> 其他				
協 助 蒐 證 項 目 (請勾打)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 證物盒(證物內容詳如證物採集單)。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 採證藥毒物血、尿液(<input type="checkbox"/> 尿液鹼性類藥物篩檢 <input type="checkbox"/> 苯二氮平類鎮定安眠劑尿液篩檢 <input type="checkbox"/> 尿液 FM2 代謝物確認檢驗 <input type="checkbox"/> 其他_____由醫師臨床判斷)。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 驗傷光碟(請醫療院所留存備份)。 * 建議尿液之鑑驗項目:包括尿液鹼性類藥物篩檢、苯二氮平類鎮定安眠劑尿液篩檢及尿液 FM2 代謝物確認檢驗等三項。				
檢 查 結 果 (傷之部位形狀程度)	頭面部				
	頸肩部				
	胸腹部				
	背臀部				
	四肢部				

第一聯性侵害專責人員留存(白),第二聯醫療機構留存(紅),第三聯被害人留存(醫療機構可視需要影印留存)(黃)。

檢 查 結 果 (傷之部位形狀程度)	陰部	
	肛門	
	其他部位	
其他補充說明		(例如：外觀或精神狀態之描述)
驗 傷 (請正確註記損傷及處女膜痕關係位置及程度等)		
	析 圖	

第一聯性侵害專責人員留存(白), 第二聯醫療機構留存(紅), 第三聯被害人留存(醫療機構可視需要影印留存)(黃)。

驗 傷 解 析 圖	(請正確註記損傷及處女膜痕關係位置及程度等)		
			

中 華 民 國 年 月 日

院長
(負責醫師)

主治醫師

檢診醫師

(簽章)

(簽章)

(簽章)

醫院(診所)地址：

(加蓋關防或印信)

第一聯性侵害專責人員留存(白), 第二聯醫療機構留存(紅), 第三聯被害人留存(醫療機構可視需要影印留存)(黃)。