

收文編號	收文日期	歸檔編號
3552	107.12.17	1110

檔號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號

傳真：(02)85907088

聯絡人及電話：黃敏玲(02)85907327

電子郵件信箱：mdmilly@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107年12月14日

發文字號：衛部醫字第1071668223號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

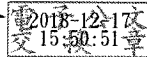
附件：本案來函及附件影本共4份(1071668223-1.tif、1071668223-2.docx、1071668223-3.docx、1071668223-4.docx)

主旨：函轉本部修正之兒少保護案件通報表、成人保護案件通報表及性侵害案件通報表，自108年1月1日起適用，請轉知所轄，據以辦理責任通報事宜，請查照。

說明：依據本部107年11月29日衛部護字第1071461125號函辦理（如附件）。

正本：地方政府衛生局

副本：台灣社區醫院協會、中華民國區域醫院協會、台灣醫學中心協會、台灣醫院協會、中華民國基層醫療協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會



部長 陳時中



## 衛生福利部 函

機關地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號  
傳 真：(02)85906063  
聯絡人及電話：張惠婷(02)85906666轉6682  
電子郵件信箱：ps1393@mohw.gov.tw

受文者：本部醫事司

發文日期：中華民國107年11月29日  
發文字號：衛部護字第1071461125號

速別：普通件

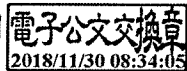
密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (1071461125-1.docx, 1071461125-2.docx, 1071461125-3.docx)

主旨：檢送本部修正之兒少保護案件通報表、成人保護案件通報表及性侵害案件通報表，自108年1月1日起適用，請轉知所轄，據以辦理責任通報事宜，請查照。

正本：司法院、法務部、教育部、勞動部、內政部戶政司、內政部民政司、交通部、法務部矯正署、內政部移民署、內政部警政署、本部醫事司、本部護理及健康照護司、本部長照照顧司、本部心理及口腔健康司、本部社會救助及社工司、衛生福利部社會及家庭署、各直轄市及各縣(市)政府

副本：本部保護服務司



部長 陳時中

衛生福利部 107/11/30



醫 107AH02161

※密件 請傳

縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心 電話：

傳真：

成人保護案件通報表

自 108 年 1 月 1 日起適用

通報人	*通報人員身分	<input type="checkbox"/> 警事人員 <input type="checkbox"/> 警察人員 <input type="checkbox"/> 社政/社工人員 <input type="checkbox"/> 教育人員 <input type="checkbox"/> 保育人員 <input type="checkbox"/> 教保服務人員 <input type="checkbox"/> 勞政人員 <input type="checkbox"/> 司(軍)法人員 <input type="checkbox"/> 移民業務相關人員 <input type="checkbox"/> 村(里)幹事 <input type="checkbox"/> 村(里)長 <input type="checkbox"/> 矯正人員 <input type="checkbox"/> 戶政人員 <input type="checkbox"/> 公寓大廈管理服務人員 <input type="checkbox"/> 照顧服務員 <input type="checkbox"/> 社會福利、安置照護機構人員 <input type="checkbox"/> 就業服務機構及其從業人員 <input type="checkbox"/> 觀光業從業人員 <input type="checkbox"/> 電子遊戲場業從業人員 <input type="checkbox"/> 資訊休閒業從業人員 <input type="checkbox"/> 其他：_____						
	單位名稱				受理單位是否需回覆通報單位： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	*姓名	職稱		*電話				
	受理時間	年	月	日	時	分	通報時間	年 月 日 時 分
受保護/被害人	*姓名	代號	性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	*出生日期或年齡	年 月 日 (_____歲)	
	身分證統一編號(或護照號碼)	婚姻狀態	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		有同住之兒少	<input type="checkbox"/> 有，__人，姓名：__，關係：__ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳		
					有無目睹家庭暴力之兒少	<input type="checkbox"/> 有，__人，年齡：__ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳		
	現屬國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍( <input type="checkbox"/> 非原住民 <input type="checkbox"/> 原住民) <input type="checkbox"/> 大陸及港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明				是否為外籍勞工	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	就學狀況	<input type="checkbox"/> 未入學 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 學前教育 <input type="checkbox"/> 國小( <input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 輟學 <input type="checkbox"/> 畢業) <input type="checkbox"/> 國中( <input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 輟學 <input type="checkbox"/> 畢業) <input type="checkbox"/> 高中(職)( <input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 休學 <input type="checkbox"/> 畢業) <input type="checkbox"/> 大專以上( <input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 休學 <input type="checkbox"/> 畢業) <input type="checkbox"/> 非學生						
	是否為身心障礙者	<input type="checkbox"/> 是，障別：_____ <input type="checkbox"/> 疑似，障別：_____ <input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 其他：_____						
	◎戶籍地址：	縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號 之 樓						
	◎居住地址：	縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號 之 樓						
	居住地址是否須保密： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
	◎電話：【宅】 _____ 【公】 _____ 【手機】 _____							
方便聯絡時間：				方便聯繫方式：				
安全聯絡人姓名：		電話：【宅】 _____ 【公】 _____ 【手機】 _____		與受保護(被害)人關係：				
父母/監護人/主要照顧者	姓名	出生日期或年齡		年 月 日 (_____歲)	國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍( <input type="checkbox"/> 非原住民 <input type="checkbox"/> 原住民) <input type="checkbox"/> 大陸及港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明		
	與被害人關係	聯絡地址			電話	【宅】 _____ 【公】 _____ 【手機】 _____		

施虐者／ 相對人／ 嫌疑人	有無施虐者／ 相對人／嫌疑人	<input type="checkbox"/> 有，____人 <input type="checkbox"/> 無（以下欄位略過）			是否共同居住	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
	姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	出生日期 或年齡	年 月 日 (____歲)	身分證統一編號 (或護照號碼)					
相 對 人 ／ 嫌 疑 人	現屬國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍（ <input type="checkbox"/> 非原住民 <input type="checkbox"/> 原住民） <input type="checkbox"/> 大陸及港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明									
	是否為 身心障礙者	<input type="checkbox"/> 是，障別：_____ <input type="checkbox"/> 疑似，障別：_____ <input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 其他：_____									
	戶籍地址：	縣（市）	鄉（鎮、市、區）	村（里）	鄰	路（街、道）	段	巷	弄	號之	樓
	居住地址：	縣（市）	鄉（鎮、市、區）	村（里）	鄰	路（街、道）	段	巷	弄	號之	樓
	電話：【宅】	【公】	【手機】								
	其他可聯絡之親友：	電話：【宅】		【公】	【手機】						
兩造 關係	<input type="checkbox"/> 家庭成員 <input type="checkbox"/> 婚姻中 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 曾為同居伴侶 <input type="checkbox"/> 現為/曾為直系親屬： <input type="checkbox"/> 父(含養、繼父) <input type="checkbox"/> 母(含養、繼母) <input checkbox"="" type="checkbox/&gt;(曾)(外)祖父母 &lt;input type="/> 卑親屬(如子女、孫子女) <input type="checkbox"/> 現為/曾為家長家屬或家屬間關係者： <input type="checkbox"/> 父之同居人 <input type="checkbox"/> 母之同居人 <input type="checkbox"/> 父之同居人之子女 <input type="checkbox"/> 母之同居人之子女 <input type="checkbox"/> 其他親屬：現為/曾為四親等以內之旁系血親或旁系姻親 <input type="checkbox"/> 非家庭成員 <input type="checkbox"/> 未同居伴侶(含男女朋友) <input type="checkbox"/> 照顧者 <input type="checkbox"/> 保母 <input type="checkbox"/> 機構人員（機構名稱：____，地址：____） <input type="checkbox"/> 朋友(家人朋友/鄰居/普通朋友/同學) <input type="checkbox"/> 職場關係(上司下屬/同事/客戶) <input type="checkbox"/> 師生關係 ( <input type="checkbox"/> 學校教師 <input type="checkbox"/> 補習班老師 <input type="checkbox"/> 幼兒園老師 <input type="checkbox"/> 安親班老師 <input type="checkbox"/> 社團老師/教練) <input type="checkbox"/> 網友 <input type="checkbox"/> 不認識 <input type="checkbox"/> 其他：										
具 體 事 實	發生時間 (最近一次)	年 月 日 時 分									
	案發地區	縣（市） 鄉（鎮、市、區）									
	主要 發生場所	<input type="checkbox"/> 住(居)所 <input type="checkbox"/> 辦公/工作場所 <input type="checkbox"/> 公共場所 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 寄養家庭 <input type="checkbox"/> 補習班 <input type="checkbox"/> 高級中等以下有提供住宿之學校 <input type="checkbox"/> 旅(賓)館 <input type="checkbox"/> 矯正機關 <input type="checkbox"/> 特殊營業場所(視聽歌唱業、理髮業、三溫暖業、舞廳業、舞場業、酒家業、酒吧業、特殊咖啡茶室業) <input type="checkbox"/> 社會福利/安置照顧機構/兒少安置機構 <input type="checkbox"/> 網際網路 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 不詳									
	案情陳述	本次事件發生原因、經過…及其他補充事項									
	傷亡程度	<input type="checkbox"/> 死亡(是否有未同住未滿6歲之子女： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ) <input type="checkbox"/> 有明顯傷勢：_____(敘明部位)(是否住院治療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> 無明顯傷勢 <input type="checkbox"/> 未受傷 (系統上有附加檔案功能)									
施暴手法 (工具) (複選)	<input type="checkbox"/> 持凶器或物品：_____(請敘明) <input type="checkbox"/> 言語脅迫 <input type="checkbox"/> 徒手 <input type="checkbox"/> 其他，請敘明：_____										

加/被害人是否有自殺意念	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____ (請註明姓名) (請評估是否併傳自殺高風險個案轉介單)	加/被害人是否有自殺企圖	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____ (請註明姓名) (請評估是否併傳自殺高風險個案轉介單)	是否涉及公共危險案件	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否已提供相關協助 (複選)	<input type="checkbox"/> 是，已協助事項： <input type="checkbox"/> 驗傷或採證 <input type="checkbox"/> 報案 (警察局：_____ ) <input type="checkbox"/> 陪同偵訊 (社工員姓名：_____) <input type="checkbox"/> 緊急送醫 <input type="checkbox"/> 聲請保護令 <input type="checkbox"/> 緊急安置/庇護 <input type="checkbox"/> 自殺通報 <input type="checkbox"/> 完成臺灣親密關係暴力危險評估表(TIPVDA)，_____分(屬親密關係暴力必填) <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 否				
有無需要立即協助事項(複選)	<input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 驗傷或採證 <input type="checkbox"/> 就醫診療 <input type="checkbox"/> 緊急安置/庇護 <input type="checkbox"/> 聲請保護令 <input type="checkbox"/> 自殺通報 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 無 被害人處於高危險情境，或有受暴事實需緊急安置，除進行本通報，請立即電話連繫當地防治中心處理。				
被害人後續是否願意社工介入協助	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
被害人是否願意被相對人協尋	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
受暴類型 (複選)	<input type="checkbox"/> 成人保護	<input type="checkbox"/> 肢體虐待/暴力 <input type="checkbox"/> 精神虐待/暴力 ( <input type="checkbox"/> 言語脅迫 <input type="checkbox"/> 騷擾 <input type="checkbox"/> 跟蹤 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請敘明)) <input type="checkbox"/> 經濟虐待/暴力 <input type="checkbox"/> 性虐待/暴力 <input type="checkbox"/> 疏忽 (僅適用老人保護) <input type="checkbox"/> 遺棄 ( <input type="checkbox"/> 老人保護 <input type="checkbox"/> 身心障礙者保護) <input type="checkbox"/> 財務侵占/榨取 (僅適用老人保護) <input type="checkbox"/> 限制自由 (僅適用身心障礙者保護) <input type="checkbox"/> 留置無生活自理能力之身心障礙者於易發生危險或傷害之環境 <input type="checkbox"/> 利用身心障礙者行乞或供人參觀 <input type="checkbox"/> 強迫或誘騙身心障礙者結婚 <input type="checkbox"/> 其他對身心障礙者或利用身心障礙者為犯罪或不正當之行為 <input type="checkbox"/> 無人扶養，致有生命、身體之危難或生活陷於困境 (僅適用老人保護)			

## 符號說明：

「\*」為必填欄位

「◎」為擇一填寫欄位

兒少保護案件通報表 自 108 年 1 月 1 日起適用

兒少因遭不當對待，致其生命身體有立即危險，除進行本通報，請立即以電話聯繫當地主管機關評估處理。

通報人	*通報人員身分	<input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 警察人員 <input type="checkbox"/> 社政/社工人員 <input type="checkbox"/> 教育人員 <input type="checkbox"/> 保育人員 <input type="checkbox"/> 教保服務人員 <input type="checkbox"/> 勞政人員 <input type="checkbox"/> 司(軍)法人員 <input type="checkbox"/> 移民業務相關人員 <input type="checkbox"/> 村(里)幹事 <input type="checkbox"/> 村(里)長 <input type="checkbox"/> 矯正人員 <input type="checkbox"/> 戶政人員 <input type="checkbox"/> 公寓大廈管理服務人員 <input type="checkbox"/> 照顧服務員 <input type="checkbox"/> 社會福利、安置照護機構人員 <input type="checkbox"/> 就業服務機構及其從業人員 <input type="checkbox"/> 觀光業從業人員 <input type="checkbox"/> 電子遊戲場業從業人員 <input type="checkbox"/> 資訊休閒業從業人員 <input type="checkbox"/> 其他：_____						
	單位名稱	受理單位是否需回覆通報單位： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
	*姓名	職稱				*電話		
	受理時間	年	月	日	時	分	通報時間	年 月 日 時 分
受保護/被害人	*姓名	代號	性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	*出生日期 或年齡	年 月 日 (_____歲)	
	身分證統一編號 (或護照號碼)	婚姻 狀態	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		有同住 之兒少	<input type="checkbox"/> 有，__人，姓名：__，關係：__ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳		
					有無目睹家庭 暴力之兒少	<input type="checkbox"/> 有，__人，年齡：__ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳		
	現屬 國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍 ( <input type="checkbox"/> 非原住民 <input type="checkbox"/> 原住民) <input type="checkbox"/> 大陸及港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明				是否為外籍勞工	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	就學 狀況	<input type="checkbox"/> 未入學 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 學前教育 <input type="checkbox"/> 國小 ( <input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 輟學 <input type="checkbox"/> 畢業) <input type="checkbox"/> 國中 ( <input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 輟學 <input type="checkbox"/> 畢業) <input type="checkbox"/> 高中(職) ( <input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 休學 <input type="checkbox"/> 畢業) <input type="checkbox"/> 大專以上 ( <input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 休學 <input type="checkbox"/> 畢業) <input type="checkbox"/> 非學生						
	是否為 身心障礙者	<input type="checkbox"/> 是，障別：_____ <input type="checkbox"/> 疑似，障別：_____ <input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 其他：_____						
	◎戶籍地址： 縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號 之 樓							
	◎居住地址： 縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號 之 樓							
	居住地址是否須保密： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
	◎電話：【宅】 _____ 【公】 _____ 【手機】 _____							
方便聯絡時間：				方便聯繫方式：				
安全聯絡人姓名：		電話：【宅】 _____ 【公】 _____ 【手機】 _____		與受保護(被害)人關係：				
父母/監護人 /主要照顧者	姓名	出生日期或年齡	年 月 日 (_____歲)	國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍 ( <input type="checkbox"/> 非原住民 <input type="checkbox"/> 原住民) <input type="checkbox"/> 大陸及港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明			
	與被害人 關係	聯絡地址		電話	【宅】 _____	【公】 _____	【手機】 _____	

施虐者／ 相對人／ 嫌疑人	有無施虐者／ 相對人／嫌疑人		<input type="checkbox"/> 有，____人 <input type="checkbox"/> 無（以下欄位略過）		是否共同居住		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	出生日期 或年齡	年 月 日 (____歲)	身分證統一編號 (或護照號碼)	
兩造 關係	現屬國籍別 <input type="checkbox"/> 本國籍 ( <input type="checkbox"/> 非原住民 <input type="checkbox"/> 原住民) <input type="checkbox"/> 大陸及港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明							
	是否為身心障礙者		<input type="checkbox"/> 是，障別：_____ <input type="checkbox"/> 疑似，障別：_____		<input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
	戶籍地址： 縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號之 樓							
	居住地址： 縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號之 樓							
	電話：【宅】		【公】		【手機】			
其他可聯絡之親友：		電話：【宅】		【公】		【手機】		
具體 事實	發生時間 (最近一次)	年 月 日 時 分						
	案發地區	縣(市) 鄉(鎮、市、區)						
具體 事實	主要 發生場所	<input type="checkbox"/> 住(居)所 <input type="checkbox"/> 辦公/工作場所 <input type="checkbox"/> 公共場所 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 寄養家庭 <input type="checkbox"/> 補習班 <input type="checkbox"/> 高級中等以下有提供住宿之學校 <input type="checkbox"/> 旅(賓)館 <input type="checkbox"/> 矯正機關 <input type="checkbox"/> 特殊營業場所(視聽歌唱業、理髮業、三溫暖業、舞廳業、舞場業、酒家業、酒吧業、特殊咖啡茶室業) <input type="checkbox"/> 社會福利/安置照顧機構/兒少安置機構 <input type="checkbox"/> 網際網路 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 不詳						
	案情陳述	案發經過、已提供的協助、兒少受照顧狀況、互動狀況、家中可協助成員						
	傷亡程度	<input type="checkbox"/> 死亡(是否有未同住未滿6歲之子女： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> 有明顯傷勢：_____(敘明部位)(是否住院治療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否) (醫事人員請加填兒少保護醫事人員通報傷勢一覽表，詳如附件) <input type="checkbox"/> 無明顯傷勢 <input type="checkbox"/> 未受傷 (系統上有附加檔案功能)						
	施暴手法(工 具)(複選)	<input type="checkbox"/> 誘騙/誘拐 <input type="checkbox"/> 運用網際網路(含APP)，平台：_____ <input type="checkbox"/> 持凶器或物品：_____(請敘明) <input type="checkbox"/> 言語脅迫 <input type="checkbox"/> 徒手 <input type="checkbox"/> 藥劑、毒品控制 <input type="checkbox"/> 餵食酒精、毒或不當藥物 <input type="checkbox"/> 摔毀物品 <input type="checkbox"/> 其他，請敘明：_____						

加/被害人是否有自殺意念	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____(請註明姓名) (請評估是否併傳自殺高風險個案轉介單)	加/被害人是否有自殺企圖	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____(請註明姓名) (請評估是否併傳自殺高風險個案轉介單)	是否涉及公共危險案件	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否已提供相關協助(複選)	<input type="checkbox"/> 是，已協助事項： <input type="checkbox"/> 驗傷或採證 <input type="checkbox"/> 報案(警察局：_____) <input type="checkbox"/> 陪同偵訊(社工員姓名：_____) <input type="checkbox"/> 緊急送醫 <input type="checkbox"/> 聲請保護令 <input type="checkbox"/> 緊急安置/庇護 <input type="checkbox"/> 自殺通報 <input type="checkbox"/> 完成臺灣親密關係暴力危險評估表(TIPVDA)，____分(屬親密關係暴力必填) <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 否				
有無需要立即提供協助事項(複選)	<input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 驗傷或採證 <input type="checkbox"/> 就醫診療 <input type="checkbox"/> 緊急安置/庇護 <input type="checkbox"/> 聲請保護令 <input type="checkbox"/> 自殺通報 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 無				
被害人後續是否願意社工介入協助	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
受暴類型(複選)	<input type="checkbox"/> 兒少保護	<input type="checkbox"/> 兒少遭受身體不當對待	<input type="checkbox"/> 兒少的父母(照顧者或家庭成員)威脅、計畫要殺害兒少，或對兒少出現殺害之舉。 <input type="checkbox"/> 兒少有受傷情形，且兒少表示是被父母(照顧者或家庭成員)所傷害，或通報者對於傷勢造成原因感到懷疑、兒少身上的傷痕新舊雜陳。 <input type="checkbox"/> 兒少的傷為意外所致，且兒少(父母、照顧者、家庭成員)對傷勢的解釋合理一致，但疑為照顧者未善盡照顧所致。 <input type="checkbox"/> 兒少目前並未受傷，但兒少父母(照顧者或家庭成員)有下列行為之一：習慣性使用體罰、即將或已出現可能使兒少成傷行為、出現危險的舉動、衝突或劇烈爭吵，以致可能波及兒少。 <input type="checkbox"/> 醫療人員評估，兒少目前的傷勢為受虐所致。		
		<input type="checkbox"/> 兒少之父母(照顧者)監護不周	<input type="checkbox"/> 兒少有以下情形之一且有接受協助之需求： 1. 6歲以下或需特別看護之兒少，獨處或由不適當之人代為照顧。 2. 兒少處於危險情境中。 <input type="checkbox"/> 父母(照顧者)有以下情形之一，致兒少日常生活受到影響，需要協助： 1. 父母(照顧者)長期不在兒少身邊、對兒少照顧不周或缺乏合理關心。 2. 父母(照顧者)有自殺風險、精神疾病或藥酒癮、犯罪或不妥當行為。 <input type="checkbox"/> 兒少被遺棄或父母(照顧者)即將不再提供兒少基本照顧，且無穩定替代照顧方案或僅有暫時性替代照顧方案。 <input type="checkbox"/> 兒少應就醫而未就醫、延遲就醫或過度就醫，且有接受協助之需求。 <input type="checkbox"/> 兒少父母(照顧者)剝奪、妨礙或影響兒少接受義務教育的機會。		



			<input type="checkbox"/> 因父母(照顧者)因素，兒少飲食、衛生、穿著、居住環境照顧不周，有接受協助之需求	<input type="checkbox"/> 兒少飲食營養不良或看起來過度瘦弱、無精打采。 <input type="checkbox"/> 兒少說自己經常挨餓、三餐未滿足，或說大人經常以不給吃喝作為處罰。 <input type="checkbox"/> 兒少經常乞食、偷食物，囤積食物、食用不新鮮食物。 <input type="checkbox"/> 兒少持續處於骯髒、不衛生或穿著不當的情況。 <input type="checkbox"/> 兒少被診斷出來的病況是因營養不良所致或惡化。 <input type="checkbox"/> 兒少或其家庭目前或即將沒有安全住所。 <input type="checkbox"/> 兒少因住家有危險物體、設備條件有問題或環境髒亂，而可能導致身心傷害。
			<input type="checkbox"/> 兒少遭精神不當對待	<input type="checkbox"/> 父母(照顧者、家庭成員)或他人的言行可能造成被害人精神創傷，或一再負面影響兒少發展、社會需求、自我價值，致兒少日常生活受到影響，需要協助。
			<input type="checkbox"/> 兒少遭受性剝削	<input type="checkbox"/> 使兒少為有對價之性交或猥褻行為。 <input type="checkbox"/> 利用兒少為性交、猥褻之行為，以供人觀覽。 <input type="checkbox"/> 拍攝、製造兒少為性交或猥褻行為之圖片、照片、影片、影帶、光碟、電子訊號或其他物品。 <input type="checkbox"/> 使兒少坐檯陪酒或涉及色情伴遊、伴唱、伴舞等行為。
			<input type="checkbox"/> 兒少遭其他不當對待	<input type="checkbox"/> 兒少遭性騷擾、性霸凌。 <input type="checkbox"/> 遭家外成員不當對待(含兒少親密關係暴力)。 <input type="checkbox"/> 兒少有施用毒品、非法施用管制藥品或其他有害身心健康之物質。 <input type="checkbox"/> 兒少充當成人用品零售店、限制級電子遊戲場及其他涉及賭博、暴力等經主管機關認定足以危害其身心健康之場所侍應。 <input type="checkbox"/> 有兒童及少年福利與權益保障法第 49 條第 3、4、5、7、8、10、11、12、13、14、15 款行為。

**符號說明：**

「\*」為必填欄位

「◎」為擇一填寫欄位

## 兒少保護醫事人員通報傷勢一覽表

### 1. 生命身體情況有立即危險：

- 昏迷、活動力差、叫不醒、無反應、
- 呼吸急促、困難或停止，
- 膚色發紫、發青
- 任何其他擔心生命或身體有立即危險之情況
- 以上皆無

### 2. 有明顯傷勢狀況

種類	傷勢情況
<input type="checkbox"/> 瘀傷或 撕裂傷	年齡: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否小於四個月嬰兒
	部位: <input type="checkbox"/> 耳朵 <input type="checkbox"/> 眼睛及周圍 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 鼠蹊部
	形式: <input type="checkbox"/> 勒痕
	<input type="checkbox"/> 局部大面積以上
<input type="checkbox"/> 燒燙傷	年齡: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否兩歲以下且無法合理解釋受傷原因
	部位: <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 臉部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 鼠蹊部
	形式: <input type="checkbox"/> 特定圖樣 <input type="checkbox"/> 浸泡式(斑馬紋、甜甜圈狀等) <input type="checkbox"/> 明顯燙傷邊界
	<input type="checkbox"/> 局部大面積以上
<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 1歲以下
	<input type="checkbox"/> 家屬無法合理解釋原因(例如:低處(約150公分)跌下)
	部位: <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 多處骨折
<input type="checkbox"/> 出血	<input type="checkbox"/> 顱內出血: 3歲以下, 醫療無法合理解釋
	<input type="checkbox"/> 肛門、生殖器受傷出血
<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 遭餵食非屬兒童藥物 <input type="checkbox"/> 遭餵食毒品
補充意見	<input type="checkbox"/> 查有3次急診外傷就醫紀錄 <input type="checkbox"/> 病史與家屬所稱不一致 <input type="checkbox"/> 病史與理學檢查不符 <input type="checkbox"/> 有延遲就醫情形

### 3. 非第2項警訊之其他傷勢

受傷部位	傷勢狀況

※密件 請傳

縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心 電話:

傳真:

性侵害案件通報表

自 108 年 1 月 1 日起適用

通報人	*通報人員身分	<input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 警察人員 <input type="checkbox"/> 社政/社工人員 <input type="checkbox"/> 教育人員 <input type="checkbox"/> 保育人員 <input type="checkbox"/> 教保服務人員 <input type="checkbox"/> 勞政人員 <input type="checkbox"/> 司(軍)法人員 <input type="checkbox"/> 移民業務相關人員 <input type="checkbox"/> 村(里)幹事 <input type="checkbox"/> 村(里)長 <input type="checkbox"/> 矯正人員 <input type="checkbox"/> 戶政人員 <input type="checkbox"/> 公寓大廈管理服務人員 <input type="checkbox"/> 照顧服務員 <input type="checkbox"/> 社會福利、安置照護機構人員 <input type="checkbox"/> 就業服務機構及其從業人員 <input type="checkbox"/> 觀光業從業人員 <input type="checkbox"/> 電子遊戲場業從業人員 <input type="checkbox"/> 資訊休閒業從業人員 <input type="checkbox"/> 其他: _____						
	單位名稱				受理單位是否需回覆通報單位: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	*姓名	職稱		*電話				
	受理時間	年	月	日	時	分	通報時間	年 月 日 時 分
受保護/被害人	*姓名	代號	性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	*出生日期 或年齡	年 月 日 (_____歲)	
	身分證統一編號 (或護照號碼)	婚姻狀態	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		有同住之兒少	<input type="checkbox"/> 有, ___人, 姓名: __, 關係: __ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳		
					有無目睹家庭暴力之兒少	<input type="checkbox"/> 有, ___人, 年齡: __ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳		
	現屬國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍 ( <input type="checkbox"/> 非原住民 <input type="checkbox"/> 原住民) <input type="checkbox"/> 大陸及港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明				是否為外籍勞工	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	就學狀況	<input type="checkbox"/> 未入學 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 學前教育 <input type="checkbox"/> 國小 ( <input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 輟學 <input type="checkbox"/> 畢業) <input type="checkbox"/> 國中 ( <input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 輟學 <input type="checkbox"/> 畢業) <input type="checkbox"/> 高中(職) ( <input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 休學 <input type="checkbox"/> 畢業) <input type="checkbox"/> 大專以上 ( <input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 休學 <input type="checkbox"/> 畢業) <input type="checkbox"/> 非學生						
	是否為身心障礙者	<input type="checkbox"/> 是, 障別: _____ <input type="checkbox"/> 疑似, 障別: _____ <input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 其他: _____						
	◎戶籍地址:	縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號 之 樓						
	◎居住地址:	縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號 之 樓						
	居住地址是否須保密: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
	◎電話:【宅】 _____ 【公】 _____ 【手機】 _____							
方便聯絡時間: _____ 方便聯繫方式: _____								
安全聯絡人姓名: _____ 電話:【宅】 _____ 【公】 _____ 【手機】 _____ 與受保護(被害)人關係: _____								
父母/監護人/主要照顧者	姓名	出生日期或年齡		年 月 日 (_____歲)		國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍 ( <input type="checkbox"/> 非原住民 <input type="checkbox"/> 原住民) <input type="checkbox"/> 大陸及港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明	
	與被害人關係	聯絡地址		電話		【宅】 _____ 【公】 _____	【手機】 _____	

施虐者／ 相對人／ 嫌疑人	有無施虐者／ 相對人／嫌疑人	<input type="checkbox"/> 有，____人			是否共同居住	<input type="checkbox"/> 是	
		<input type="checkbox"/> 無（以下欄位略過）				<input type="checkbox"/> 否	
	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	出生日期 或年齡	年 月 日 (____歲)	身分證統一編號 (或護照號碼)
	現屬國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍 ( <input type="checkbox"/> 非原住民 <input type="checkbox"/> 原住民) <input type="checkbox"/> 大陸及港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明					
	是否為 身心障礙者	<input type="checkbox"/> 是，障別：_____			<input type="checkbox"/> 疑似，障別：_____		
		<input type="checkbox"/> 非身心障礙者			<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	戶籍地址：	縣(市)	鄉(鎮、市、區)	村(里) 鄰	路(街、道)	段 巷 弄	號之樓
	居住地址：	縣(市)	鄉(鎮、市、區)	村(里) 鄰	路(街、道)	段 巷 弄	號之樓
電話：【宅】	【公】		【手機】				
其他可聯絡之親友：	電話：【宅】		【公】		【手機】		
兩造 關係	<input type="checkbox"/> 家庭成員 <input type="checkbox"/> 婚姻中 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 曾為同居伴侶 <input type="checkbox"/> 現為/曾為直系親屬： <input type="checkbox"/> 父(含養、繼父) <input type="checkbox"/> 母(含養、繼母) <input checkbox"="" type="checkbox/&gt;(曾)(外)祖父母 &lt;input type="/> 卑親屬(如子女、孫子女) <input type="checkbox"/> 現為/曾為家長家屬或家屬間關係者： <input type="checkbox"/> 父之同居人 <input type="checkbox"/> 母之同居人 <input type="checkbox"/> 父之同居人之子女 <input type="checkbox"/> 母之同居人之子女 <input type="checkbox"/> 其他親屬：現為/曾為四親等以內之旁系血親或旁系姻親 <input type="checkbox"/> 非家庭成員 <input type="checkbox"/> 未同居伴侶(含男女朋友) <input type="checkbox"/> 照顧者 <input type="checkbox"/> 保母 <input type="checkbox"/> 機構人員(機構名稱：____，地址：____) <input type="checkbox"/> 朋友(家人朋友/鄰居/普通朋友/同學) <input type="checkbox"/> 職場關係(上司下屬/同事/客戶) <input type="checkbox"/> 師生關係 ( <input type="checkbox"/> 學校教師 <input type="checkbox"/> 補習班老師 <input type="checkbox"/> 幼兒園老師 <input type="checkbox"/> 安親班老師 <input type="checkbox"/> 社團老師/教練) <input type="checkbox"/> 網友 <input type="checkbox"/> 不認識 <input type="checkbox"/> 其他：						
具體 事實	發生時間 (最近一次)	年 月 日 時 分					
	案發地區	縣(市) 鄉(鎮、市、區)					
	主要 發生場所	<input type="checkbox"/> 住(居)所 <input type="checkbox"/> 辦公/工作場所 <input type="checkbox"/> 公共場所 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 寄養家庭 <input type="checkbox"/> 補習班 <input type="checkbox"/> 高級中等以下有提供住宿之學校 <input type="checkbox"/> 旅(賓)館 <input type="checkbox"/> 矯正機關 <input type="checkbox"/> 特殊營業場所(視聽歌唱業、理髮業、三溫暖業、舞廳業、舞場業、酒家業、酒吧業、特殊咖啡茶室業) <input type="checkbox"/> 社會福利/安置照顧機構/兒少安置機構 <input type="checkbox"/> 網際網路 <input type="checkbox"/> 其他：____ <input type="checkbox"/> 不詳					
	案情陳述	簡述事發原因、經過…及其他補充事項					
	傷亡程度	<input type="checkbox"/> 死亡(是否有未同住未滿6歲之子女： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> 有明顯傷勢：____(敘明部位)(是否住院治療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否) (未滿18歲兒少，醫事人員請加填兒少保護醫事人員通報傷勢一覽表，詳如附件) <input type="checkbox"/> 無明顯傷勢 <input type="checkbox"/> 未受傷 (系統上有附加檔案功能)					
施暴手法 (工具) (複選)	<input type="checkbox"/> 持凶器或物品脅迫：____(請敘明) <input type="checkbox"/> 言語脅迫 <input type="checkbox"/> 徒手 <input type="checkbox"/> 誘騙/誘拐 <input type="checkbox"/> 趁被害人熟睡 <input type="checkbox"/> 使用藥物 <input type="checkbox"/> 使用酒精 <input type="checkbox"/> 假宗教之身分、場域或話術( <input type="checkbox"/> 佛神道教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 運用網際網路(含APP)，平台：____ <input type="checkbox"/> 其他，請敘明：____						

加/被害人是否有自殺意念	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____ (請註明姓名) (請評估是否併傳自殺高風險個案轉介單)	加/被害人是否有自殺企圖	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____ (請註明姓名) (請評估是否併傳自殺高風險個案轉介單)	是否涉及公共危險案件	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否已提供相關協助 (複選)	<input type="checkbox"/> 是，已協助事項： <input type="checkbox"/> 驗傷或採證 <input type="checkbox"/> 報案 (警察局：_____ ) <input type="checkbox"/> 陪同偵訊 (社工員姓名：_____ ) <input type="checkbox"/> 緊急送醫 <input type="checkbox"/> 聲請保護令 <input type="checkbox"/> 緊急安置/庇護 <input type="checkbox"/> 自殺通報 <input type="checkbox"/> 完成臺灣親密關係暴力危險評估表(TIPVDA)，_____分(屬親密關係暴力必填) <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 否				
有無需要立即提供協助事項(複選)	<input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 驗傷或採證 <input type="checkbox"/> 就醫診療 <input type="checkbox"/> 緊急安置/庇護 <input type="checkbox"/> 聲請保護令 <input type="checkbox"/> 自殺通報 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 無 被害人需立即救援、就醫診療、驗傷、陪同偵訊、取得證據之緊急情形，除進行本通報，請立即電話連繫當地防治中心處理。				
被害人後續是否願意社工介入協助	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
受暴類型 (複選)	<input type="checkbox"/> 性侵害	<input type="checkbox"/> 告訴乃論案件 <input type="checkbox"/> 未滿 18 歲之人對未滿 16 歲之人為非強制性交 <input type="checkbox"/> 未滿 18 歲之人對未滿 16 歲之人為非強制猥褻 <input type="checkbox"/> 夫妻間強制性交 <input type="checkbox"/> 夫妻間強制猥褻 <input type="checkbox"/> 非告訴乃論案件			

**符號說明：**  
 「\*」為必填欄位  
 「◎」為擇一填寫欄位

## 兒少保護醫事人員通報傷勢一覽表

### 1. 生命身體情況有立即危險：

- 昏迷、活動力差、叫不醒、無反應、
- 呼吸急促、困難或停止，
- 膚色發紫、發青
- 任何其他擔心生命或身體有立即危險之情況
- 以上皆無

### 2. 有明顯傷勢狀況

種類	傷勢情況
<input type="checkbox"/> 瘀傷或 撕裂傷	年齡: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否小於四個月嬰兒
	部位: <input type="checkbox"/> 耳朵 <input type="checkbox"/> 眼睛及周圍 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 鼠蹊部
	形式: <input type="checkbox"/> 勒痕
	<input type="checkbox"/> 局部大面積以上
<input type="checkbox"/> 燒燙傷	年齡: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否兩歲以下且無法合理解釋受傷原因
	部位: <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 臉部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 鼠蹊部
	形式: <input type="checkbox"/> 特定圖樣 <input type="checkbox"/> 浸泡式(斑馬紋、甜甜圈狀等) <input type="checkbox"/> 明顯燙傷邊界
	<input type="checkbox"/> 局部大面積以上
<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 1歲以下
	<input type="checkbox"/> 家屬無法合理解釋原因(例如:低處(約150公分)跌下)
	部位: <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 多處骨折
<input type="checkbox"/> 出血	<input type="checkbox"/> 顱內出血: 3歲以下, 醫療無法合理解釋
	<input type="checkbox"/> 肛門、生殖器受傷出血
<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 遭餵食非屬兒童藥物 <input type="checkbox"/> 遭餵食毒品
補充意見	<input type="checkbox"/> 查有3次急診外傷就醫紀錄 <input type="checkbox"/> 病史與家屬所稱不一致 <input type="checkbox"/> 病史與理學檢查不符 <input type="checkbox"/> 有延遲就醫情形

### 3. 非第2項警訊之其他傷勢

受傷部位	傷勢狀況