

性侵害案件通報表

自 108 年 6 月 1 日起適用

通報人	*通報單位	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所及衛生所 <input type="checkbox"/> 衛政 <input type="checkbox"/> 警政 <input type="checkbox"/> 社政 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 勞政 <input type="checkbox"/> 司(軍)法機關 <input type="checkbox"/> 憲兵隊 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 防治中心 <input type="checkbox"/> 移民業務機關 <input type="checkbox"/> 矯正機關 <input type="checkbox"/> 戶政 <input type="checkbox"/> 民政 <input type="checkbox"/> 老人福利、安置照護機構 <input type="checkbox"/> 觀光業務機關 <input type="checkbox"/> 其他											
	*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		*出生日期		年		月		日	
	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：_____												
◎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		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】
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)		
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 type="checkbox"/> (曾) (外)祖父母 <input type="checkbox"/> 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：							
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							
具體 事實	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