

※密件	請傳 心	縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中	電話：	傳真：
-----	---------	--------------------	-----	-----

成人保護案件通報表

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		
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他		年 月 日 (_____歲)		
	身分證統一編號 (或護照號碼)		婚姻狀態		有同住之兒少		<input type="checkbox"/> 有，__人，姓名：__，關係： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳		
			<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		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			
相對人／ 嫌疑人	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：								
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：_____							
	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)	□持凶器或物品：_____(請敘明) □言語脅迫 □徒手 □其他，請敘明：				
加/被害人是否有 自殺意念	□否 □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	□否 □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	□是 □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)	□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