

兒少保護案件通報表

自 108 年 6 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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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  |  |
| 受保護/被害人   | *姓名  | 代號  | 性別   |                   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女<br><input type="checkbox"/> 其他 | *出生日期<br>或年齡   | 年 月 日<br>(_____歲)                                     |  |
|   | 身分證統一編號<br>(或護照號碼)   | 婚姻<br>狀態  | <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚<br><input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 |                   | 有同住<br>之兒少   | <input type="checkbox"/> 有，__人，姓名：__，關係：__<br><input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 不詳  |   |  |
|   |  |   |  |                   | 有無目睹家庭<br>暴力之兒少  | <input type="checkbox"/> 有，__人，年齡：__<br><input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 不詳  |   |  |
|   | 現屬<br>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<br><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<br>狀況   | <input type="checkbox"/> 未入學<br><input type="checkbox"/> 學生<br><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)<br><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)<br><input type="checkbox"/> 非學生   |  |                   |  |  |   |  |
|   | 是否為<br>身心障礙者   | <input type="checkbox"/> 是，障別：_____ <input type="checkbox"/> 疑似，障別：_____<br><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<br>/主要照顧者  | 姓名   | 出生日期或年齡   |  | 年 月 日<br>(_____歲) | 國籍別  | <input type="checkbox"/> 本國籍 ( <input type="checkbox"/> 非原住民 <input type="checkbox"/> 原住民)<br><input type="checkbox"/> 大陸及港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍<br><input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明 |   |  |

|                     |  |  |  |             |                   |  |      |        |
|---------------------|--|--|--|-------------|-------------------|--|------|--------|
|                     |  | 與被害人<br>關係   |  | 聯絡地址        |                   | 電話   | 【宅】  | 【公】    |
|                     |  |  |  |             |                   |  | 【手機】 |        |
| 施虐者／<br>相對人／<br>嫌疑人 | 有無施虐者／<br>相對人／嫌疑人  | <input type="checkbox"/> 有，____人<br><input type="checkbox"/> 無（以下欄位略過）   |  |             | 是否共同居住            | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |      |        |
| 姓名                  |  | 性別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女<br><input type="checkbox"/> 其他 | 出生日期<br>或年齡 | 年 月 日<br>(_____歲) | 身分證統一編號<br>(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<br>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<br>關係            | <input type="checkbox"/> 家庭成員<br><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<br><input type="checkbox"/> 現為/曾為直系親屬：<br><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)<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 非家庭成員<br><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：____)<br><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)<br><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<br><input type="checkbox"/> 其他： |  |  |             |                   |  |      |        |
| 具體<br>事實            | 發生時間<br>(最近一次)   | 年 月 日 時 分  |  |             |                   |  |      |        |
|                     | 案發地區   | 縣(市) 鄉(鎮、市、區)  |  |             |                   |  |      |        |
|                     | 主要<br>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<br><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)<br><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：_____<br><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)<br><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)<br>(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)<br><input type="checkbox"/> 無明顯傷勢<br><input type="checkbox"/> 未受傷<br>(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<br><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<br><input type="checkbox"/> 是：_____(請註明姓名)<br>(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<br><input type="checkbox"/> 是：_____(請註明姓名)<br>(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<br><input type="checkbox"/> 否 |
| 是否已提供相關協助(複選)    | <input type="checkbox"/> 是，已協助事項：<br><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：_____)<br><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<br><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)<br><input type="checkbox"/> 其他：<br><input type="checkbox"/> 否 |   |  |            |  |
| 有無需要立即提供協助事項(複選) | <input type="checkbox"/> 有：<br><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：<br><input type="checkbox"/> 無  |   |  |            |  |
| 被害人後續是否願意社工介入協助  | <input type="checkbox"/> 是<br><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。<br><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。<br><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。<br><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。<br><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：<br>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。<br>2. 兒少處於危險情境中。<br><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：<br>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。<br>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。<br><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。<br><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。<br><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。<br><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。<br><input type="checkbox"/> 兒少經常乞食、偷食物，囤積食物、食用不新鮮食物。<br><input type="checkbox"/> 兒少持續處於骯髒、不衛生或穿著不當的情況。<br><input type="checkbox"/> 兒少被診斷出來的病況是因營養不良所致或惡化。<br><input type="checkbox"/> 兒少或其家庭目前或即將沒有安全住所。<br><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。<br><input type="checkbox"/> 利用兒少為性交、猥褻之行為，以供人觀覽。<br><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。<br><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。<br><input type="checkbox"/> 遭家外成員不當對待（含兒少親密關係暴力）。<br><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。<br><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。<br><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<br>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<br><input type="checkbox"/> 病史與家屬所稱不一致<br><input type="checkbox"/> 病史與理學檢查不符<br><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 |
|------|------|
|      |      |