

※密件 請傳

縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心 電話：

傳真：

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		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)									
	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