

附錄：

壹、社會安全網事件諮詢表 (草案)

貳、性侵害案件通報表 (草案)

參、成人保護案件通報表 (草案)

肆、兒少保護案件通報表 (草案)

伍、保護性案件相關法規

一、 性侵害犯罪防治法

二、 性侵害案件通報及分級分類處理辦法

三、 性侵害案件減少被害人重複陳述作業要點(最後一版應是 94 年版)

四、 兒童及少年福利與權益保障法

五、 兒童及少年保護通報與分級分類處理及調查辦法

六、 兒童及少年性剝削防制條例

七、 家庭暴力防治法

八、 老人福利法

九、 老人保護通報及處理辦法

十、 身心障礙者權益保障法

十一、 身心障礙者保護通報及處理辦法



社會安全網事件諮詢表

編號： (系統流水號)

填寫日期： 年 月 日

<p>*問題類型 (可複選) (系統判定：勾選第一至第三問題描述者，將歸類為疑似保護事件；勾選第四至第九問題描述者，將歸類為非保護事件)</p>	<input type="checkbox"/> 疑似保護事件(請直接至關懷 e 起來系統通報或填報保護事件通報，以下欄位免填) <input type="checkbox"/> 有遭受身體、性及精神暴力等不當對待情事。 <input type="checkbox"/> 有兒童、少年、老人、身心障礙者監護或照顧不周情事。 <input type="checkbox"/> 有兒童、少年、老人、身心障礙遭受其他不當對待。(參照保護性事件通報表下拉選單) <input type="checkbox"/> 疑似脆弱家庭服務事件(續填以下欄位) <input type="checkbox"/> 家庭經濟陷困 <input type="checkbox"/> 家庭遭逢變故致家庭功能受損 <input type="checkbox"/> 家庭關係衝突或疏離 <input type="checkbox"/> 兒少發展不利處境 <input type="checkbox"/> 家庭成員身心障礙或傷、病、失能致有特殊照顧或福利需求 <input type="checkbox"/> 因個人生活適困難應致有福利需求 <input type="checkbox"/> 純屬諮詢相關法律或福利資源(以下欄位免填)			
<p>個案來源</p>	<input type="checkbox"/> 自行求助 ○至本中心 ○電話○親友求助 <input type="checkbox"/> 網絡轉介 ○急難紓困(公所轉介案) ○加害人合併精神疾病個案社區追蹤(衛生局) ○113 專線 ○1957 專線 ○男性關懷專線 ○教育體系 ○勞政體系 ○警政體系 ○民政體系 ○醫療體系 <input type="checkbox"/> 主動發掘 <input type="checkbox"/> 其他(請說明：_____)			
<p>※求助/轉介者姓名 (來電者或諮詢者)</p>			<p>◎聯絡電話</p>	<p>手機 市話</p>
<p>受理單位是否需回復轉介人/單位： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>				
<p>與服務需求者之關係</p>	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 鄰居 <input type="checkbox"/> 同居人 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 網絡單位(包含警政單位、社福單位、教育單位、醫療單位、鄰(里)長等) <input type="checkbox"/> 其他：請說明			
<p>※服務需求者姓名</p>	生日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	年齡		身分證字號	
<p>◎居住地址 (完整)</p>				
<p>◎戶籍地址 (完整)</p>				

◎聯絡電話	手機 市話	職業別 <input type="checkbox"/> 專業人員 <input type="checkbox"/> 技術員及助理專業人員 <input type="checkbox"/> 事務支援人員 <input type="checkbox"/> 服務及銷售工作人員 <input type="checkbox"/> 農林漁牧業生產人員 <input type="checkbox"/> 技藝有關工作人員 <input type="checkbox"/> 機械設備操作及組裝人員 <input type="checkbox"/> 基層技術工及勞力工 <input type="checkbox"/> 軍人 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 其他(請說明: _____)
族群/身分 (複選)	<input type="checkbox"/> 家庭成員具新住民身分 <input type="checkbox"/> 家庭成員具原住民身分 <input type="checkbox"/> 其他(請說明: _____)	
家庭結構 (單選)	<input type="checkbox"/> 核心家庭 ○夫婦家庭 ○夫婦及未婚子女 ○夫或(婦)及未婚子女(單親家庭) ○夫婦及未成年子女及其子女(未成年小父母) ○未成年小父母及其子女 ○未成年小父或母及其子女 <input type="checkbox"/> 主幹家庭 ○祖父母、父母及未婚子女 ○祖父母及未婚孫子女(隔代家庭) ○祖父母、父母及未成年孫子女及其子女(未成年小父母) ○祖父母、未成年孫子女及其子女(隔代家庭且為未成年小父母) ○夫婦及已婚子女 <input type="checkbox"/> 單人家庭 <input type="checkbox"/> 其他家庭： ○同性伴侶家庭 ○同居家庭 ○其他(請說明: _____)	
同住人口	實際同住人口計 _____ 人，其中有以下人口者請填寫 學齡前兒童 _____ 人 <input type="checkbox"/> 國中小學生 _____ 人 65歲以上 _____ 人 <input type="checkbox"/> 65歲以下身心障礙者 _____ 人	
求助者自述 待助問題	以文字紀錄方式	

以下欄位社福中心受案社工填寫

是否符合疑似 保護事件通報	<input type="checkbox"/> 是：通報單位 _____ (請傳 _____ 縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心 電話： _____ 傳真： _____) <input type="checkbox"/> 否： <input type="checkbox"/> 純屬諮詢相關法律或福利資源。 <input type="checkbox"/> 發生該情事，但已通報或轉介。 <input type="checkbox"/> 非屬緊急人身安全事件，且無任何聯絡資訊。 <input type="checkbox"/> 來電者陳述之案件，經聯繫警政人員實地了解，無發現相關事實。 (兒少保護案件不適用)
------------------	--

是否符合疑似 脆弱家庭通報 或轉介	<input type="checkbox"/> 是：通報或轉介單位_____	電話：	傳真：)
	(請傳 縣(市)政府社會局		
	<input type="checkbox"/> 否：		
	<input type="checkbox"/> 知會原提供服務單位。		
	<input type="checkbox"/> 轉介相關單位提供服務，且確認該單位收案。		
	<input type="checkbox"/> 已提供相關訊息，無福利需求。		
	<input type="checkbox"/> 資料錯誤或不完整，無法聯繫。		
	<input type="checkbox"/> 重複通報或在案中併案處理。		

社工員/師：

社會工作督導：

單位主管

填表說明：

1. 適用對象

- (1)一般民眾、113 保護專線、1957 福利諮詢專線、男性關懷專線、急難紓困(公所連結案)、加害人合併精神疾病個案社區追蹤(衛生局)、及其他(教育、勞政、警政、民政、醫療等體系)。
- (2)社福中心社工使用，民眾自行至社福中心求助或社福中心主動發掘脆弱家庭個案，於最短時間內了解家庭問題與需求，進行初篩評估是否接案

2. 功能

- (1)以問題類型作為疑似保護事件與脆弱家庭服務案件之分流。
- (2)疑似保護事件並另填保護事件通報表。
- (3)疑似脆弱家庭服務事件另由社福中心社工續填開案評估表。
- (4)倘通報人/單位勾選需回復轉介人/單位，由受案社工以電話、電子信箱或其他方式回復並簡要說明。

3. 符號說明：

- (1)「*」為必填欄位。
- (2)「※」「◎」為擇一填寫欄位。

性侵害案件通報表

自○年○月○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										
	◎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	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						

者／ 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"/> 未同居伴侶 <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"/> 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) (兒少保護事件→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 歲之人為非強制性性交 <input type="checkbox"/> 未滿 18 歲之人對未滿 16 歲之人為非強制性猥褻 <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

成人保護案件通報表

自○年○月○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		*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										
	◎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	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					

者／ 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"/> 未同居伴侶 <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"/> 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		

<p>是否已提供相關協助 (複選)</p>	<p><input type="checkbox"/>是，已協助事項：</p> <p><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：_____）</p> <p><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</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/>其他：</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>
<p>有無需要立即協助事項(複選)</p>	<p><input type="checkbox"/>有：</p> <p><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：</p> <p><input type="checkbox"/>無</p> <p>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。</p>
<p>被害人後續是否願意社工介入協助</p>	<p><input type="checkbox"/>是</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>
<p>被害人是否願意被相對人協尋</p>	<p><input type="checkbox"/>是</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>
<p>受暴類型 (複選)</p>	<p><input type="checkbox"/>成人保護</p> <p><input type="checkbox"/>肢體虐待/暴力</p> <p><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)）</p> <p><input type="checkbox"/>經濟虐待/暴力</p> <p><input type="checkbox"/>性虐待/暴力</p> <p><input type="checkbox"/>疏忽（僅適用老人保護）</p> <p><input type="checkbox"/>遺棄（<input type="checkbox"/>老人保護 <input type="checkbox"/>身心障礙者保護）</p> <p><input type="checkbox"/>財務侵占/榨取（僅適用老人保護）</p> <p><input type="checkbox"/>限制自由（僅適用身心障礙者保護）</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>利用身心障礙者行乞或供人參觀</p> <p><input type="checkbox"/>強迫或誘騙身心障礙者結婚</p> <p><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</p> <p><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）</p>

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○年○月○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						
	◎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	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		

者／ 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"/> 未同居伴侶 <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"/> 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	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) (兒少保護事件，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						

<p>是否已提供相關協助 (複選)</p>	<p><input type="checkbox"/>是，已協助事項：</p> <p><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：_____）</p> <p><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</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/>其他：</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>	
<p>有無需要立即提供協助事項(複選)</p>	<p><input type="checkbox"/>有：</p> <p><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：</p> <p><input type="checkbox"/>無</p>	
<p>被害人後續是否願意社工介入協助</p>	<p><input type="checkbox"/>是</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>	
<p>受暴類型 (複選)</p>	<p><input type="checkbox"/>兒少保護</p>	<p><input type="checkbox"/>兒少遭受身體不當對待</p> <p><input type="checkbox"/>兒少之父母(照顧者)監護不周</p> <p><input type="checkbox"/>因父母(照顧者)因素，兒少飲食、衛生、衣著、居住環境照顧不周，有接受協助之需求</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/>醫療人員評估，兒少目前的傷勢為受虐所致。</p> <p><input type="checkbox"/>兒少有以下情形之一且有接受協助之需求：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 兒少處於危險情境中。 <p><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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/>兒少飲食營養不良或看起來過度瘦弱、無精打采。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/>兒少經常乞食、偷食物，囤積食物、食用不新鮮食物。</p> <p><input type="checkbox"/>兒少持續處於骯髒、不衛生或衣著不當的情況。</p> <p><input type="checkbox"/>兒少被診斷出來的病況是因營養不良所致或惡化。</p> <p><input type="checkbox"/>兒少或其家庭目前或即將沒有安全住所。</p> <p><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。</p>

			<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

未滿 18 歲通報案件之分流輔助指引 (草案)

類型	事件/現象	決策資訊		分流	
身體不當對待	A兒少的父母(照顧者或家庭成員)威脅或計畫要殺害兒少，或對兒少已出現殺害之舉			保護服務	
	B兒少現在有受傷情形	B-1兒少是被父母(照顧者或家庭成員)所傷害，而非意外受傷	兒少身上的傷勢嚴重；或兒少拒絕、害怕回家；或兒少無自我照顧能力需立即協助	保護服務	
		B-2兒少(父母、照顧者或家庭成員)對傷勢的解釋前後不一；或兒少身上的傷痕新舊雜陳	兒少身上的傷勢不嚴重；但有下列情形之一： 1.有其他不明原因的傷痕。 2.多個舊傷。 3.父母、照顧者或家庭成員出現使兒少成傷的行為。	保護服務	
		B-3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。	父母(主要照顧者)未善盡照顧責任	父母(主要照顧者) <u>照顧認知不當或資源不足，且不接受服務</u>	保護服務
	B-4兒少的傷勢為家外成員所造成。	非意外造成	兒少受傷程度有立即救援之需求	保護服務	
			兒少受傷程度無立即救援之需求	父母(替代照顧者)未善盡照顧責任	保護服務
			兒少受傷程度無立即救援之需求	父母(替代照顧者)已盡照顧責任，惟仍有其他福利需求	福利服務

類型	事件/現象	決策資訊			分流	
			意外造成	父母(主要照顧者)未善盡照顧責任	父母(主要照顧者)照顧認知不當或資源不足，且不接受服務	保護服務
					父母(主要照顧者)照顧認知不當或資源不足，但可接受服務	福利服務
				替代照顧者未善盡照顧責任		保護服務
				非父母(替代照顧者)照顧不周		不派案
	C兒少目前並未受傷，但兒少的父母（照顧者或家庭成員）有下列行為之一：	有意傷害兒少，或使用不成比例的力道、行為。				保護服務
	1. 習慣性使用體罰。 2. 出現或即將出現可能使兒少成傷的行為。 3. 出現危險的舉動或衝突或者劇烈爭吵，以致可能波及兒少。	無意傷害兒少，或無意使兒少成傷。				福利服務
疏忽（含監護、飲	A 兒少發生下列情形之一： 1. 六歲以下兒童獨處或由不適當之人代為照顧。 2. 需要特別看護的兒少獨處或由不適當之人	A-1兒少的生命、身體有立即之危險。				保護服務
		A-2 兒少有接受協助之需求。	父母(主要照顧者)未善盡照顧責任。			保護服務

類型	事件/現象	決策資訊			分流	
食、衛生衣著及居住環境不周)	代為照顧。 3. 兒少處於危險情境之中。		非父母(主要照顧者)照顧不周。		福利服務	
	B 兒少發生下列情形之一： 1. 父母(照顧者)長期不在兒少身邊，或對兒少照顧不周、或缺乏合理關心 2. 父母(照顧者)有自殺風險，但尚未強迫、引誘、容留或媒介兒少自殺。 3. 父母(照顧者)有精神疾病或藥酒癮。 4. 父母(照顧者)有犯罪或不妥當的行為。	B-1 兒少的生命、身體有立即之危險、或兒少返家有人身安全疑慮、或已死亡。				保護服務
		B-2 兒少日常生活食衣住行育醫等受到影響，需要協助。	無合適之替代照顧資源或父母(照顧者)拒絕、逃避相關協助，或延遲使用可用資源。			保護服務
			有合適之替代照顧資源，或父母(照顧者)雖受不利因素影響，但可接受協助或使用可用資源。			福利服務
		C 兒少的父母(照顧者)遺棄兒少，或兒少的父母(照顧者)無能力提供或即將不再提供兒少食衣住行育醫及監護等基本需求。	C-1 無替代性照顧方案，且兒少會立即發生危險。			
	C-2 無合適替代性照顧方案或僅有暫時替代性照顧方案。		父母(照顧者)拒絕、逃避相關協助，或延遲使用可用資源。			保護服務
			父母(照顧者)雖受不利因素影響，但可接受協助或使用可用資源。			福利服務
	D 兒少應就醫而未就醫、或延遲就醫、或過度就醫。	D-1 兒少的生命、身體有立即之危險。				保護服務
			D-2 兒少有接受協助之需求。	父母(照顧者)不願意帶兒少就醫，或無法改善過度就醫狀況。		
				父母(照顧者)願意帶兒少就醫，或改善過度就醫狀況，但因		

類型	事件/現象	決策資訊			分流
			不利因素影響，仍有接受協助之需求。		務
	E 兒少的父母（照顧者）剝奪、妨礙或影響兒少接受義務教育的機會。	告知應就學後，父母(照顧者)仍不願意使兒少接受義務教育。			保護服務
		告知應就學後，父母(照顧者)願意使兒少接受義務教育，但因不利因素影響，仍有接受協助之需求。			福利服務
疏忽（含監護、飲食、衛生、衣著及居住環境不周）	A 因父母（照顧者）因素，使兒少有下列情形之一： 1. 兒少持續處於骯髒、不衛生或衣著不當的情形下。 2. 經常挨餓或三餐未能滿足。 3. 家中大人經常以不給吃喝作為處罰。 4. 看起來過度瘦小、虛弱、無精打采。 5. 經常乞食、偷食物、囤積食物、食用不新鮮食物 6. 飲食營養不足或營養不均衡。 7. 被診斷出來的病況是因營養不良所致或惡化。	A-1 兒少的生命、身體有立即之危險。			保護服務
		A-2 兒少有接受協助之需求。	父母（照顧者）拒絕、逃避相關協助，或延遲使用可用資源。		保護服務
			父母（照顧者）雖受不利因素影響，但可接受協助或使用可用資源。		福利服務
疏忽（含監護、飲食、衛生）	A 兒少或其家庭目前或即將沒有安全的住所。	A-1 兒少的生命、身體有立即之危險。			保護服務
		A-2 兒少或其家庭有接受協助之需求。	父母(照顧者)拒絕、逃避相關協助，或延遲使用可用資源。		保護服務
			父母(照顧者)可接受協助，但尚未獲得適當的住所。		福利服務

類型	事件/現象	決策資訊			分流
衣著及居住環境不周)	B 兒少因住家有危險物體，或設施條件有問題，或環境骯髒，而可能導致身心傷害。	B-1 兒少的生命、身體有立即之危險。			保護服務
		B-2 兒少有接受協助之需求	父母(照顧者)拒絕、逃避相關協助，或延遲使用可用資源。		保護服務
			父母(照顧者)雖受不利因素影響，但可接受協助或使用可用資源。		福利服務
精神不當對待	A 兒少經歷或暴露於下列情況之一： 1. 父母（照顧者或家庭成員）或他人的言行一再負面地影響兒少的發展、社會需求、自我價值或自尊。 2. 父母（照顧者或家庭成員）或他人的言行可能造成兒少的精神創傷。	A-1 兒少所表現出的情緒或行為反應顯示他（她）受到嚴重影響。			保護服務
		A-2 兒少日常生活食衣住行育醫等受到影響，需要協助。	家庭不接受服務，也沒有改變的動機。		保護服務
			家庭可接受服務，或有改變的動機。		福利服務
性不當對待	兒少發生下列情況之一： 1. 清楚、明確表示遭到父母（照顧者或家庭成員）性侵害（性交或猥褻行為）。 2. 遭到父母（照顧者或家庭成員）性侵害（性交或猥褻行為），即便他（她）沒說出來。				保護服務
	兒少發生下列情形之一： 1. 間接提到可能有遭到父母（照顧者或家庭成員）性侵害（性交或猥褻行為）。 2. 表現出的行為或情緒可能有遭到父母（照顧者或家庭成員）性侵害(性交或猥褻行為)。				保護服務
	兒少發生下列情形之一，而行為人非兒少家中成員： 1. <u>兒少遭受性侵害（含校園性侵害）。</u> 2. <u>兒少遭性騷擾、性霸凌（含校園性騷擾、性霸凌）。</u>				保護服務
	兒少暴露於可能使他（她）遭到性侵害（性交或猥褻行為）的家庭情況中。				保護服務
	<u>兒少遭受性剝削。</u>				保護服務
其他	兒少發生下列情況之一： 1. <u>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。</u>				保護

類型	事件/現象	決策資訊	分流
不當對待	<p>2. <u>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。</u></p> <p>3. <u>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 款行為。</u></p> <p>4. <u>對兒少或利用兒少犯罪或為不正當行為。</u></p>		服務
	<p><u>兒少遭校園霸凌。</u></p>		保護服務
	<p>因貧窮、風險與多重問題，造成物質、生理、心理、環境的脆弱性，而需多重支持與服務介入之家庭。</p>		福利服務
不派案	<p>通報資訊不詳案件、經查非屬兒少法第 53、54 條所指通報情事、歷史性案件、重複通報案件、他縣市管轄案件</p>		

關鍵問題舉例

一、詢問兒少本身狀況

- 1、兒少有無受傷？兒少受傷的部位？兒少受傷的嚴重程度？有無立即接受協助/醫治的需求？
- 2、兒少被傷害/不當對待的頻率？最近一次被傷害/不當對待的時間？
- 3、兒少是否為被傷害/不當對待的主要目標？
- 4、父母（照顧者或家庭成員）傷害/不當對待兒少的原因？

二、父母（主要照顧者）責任

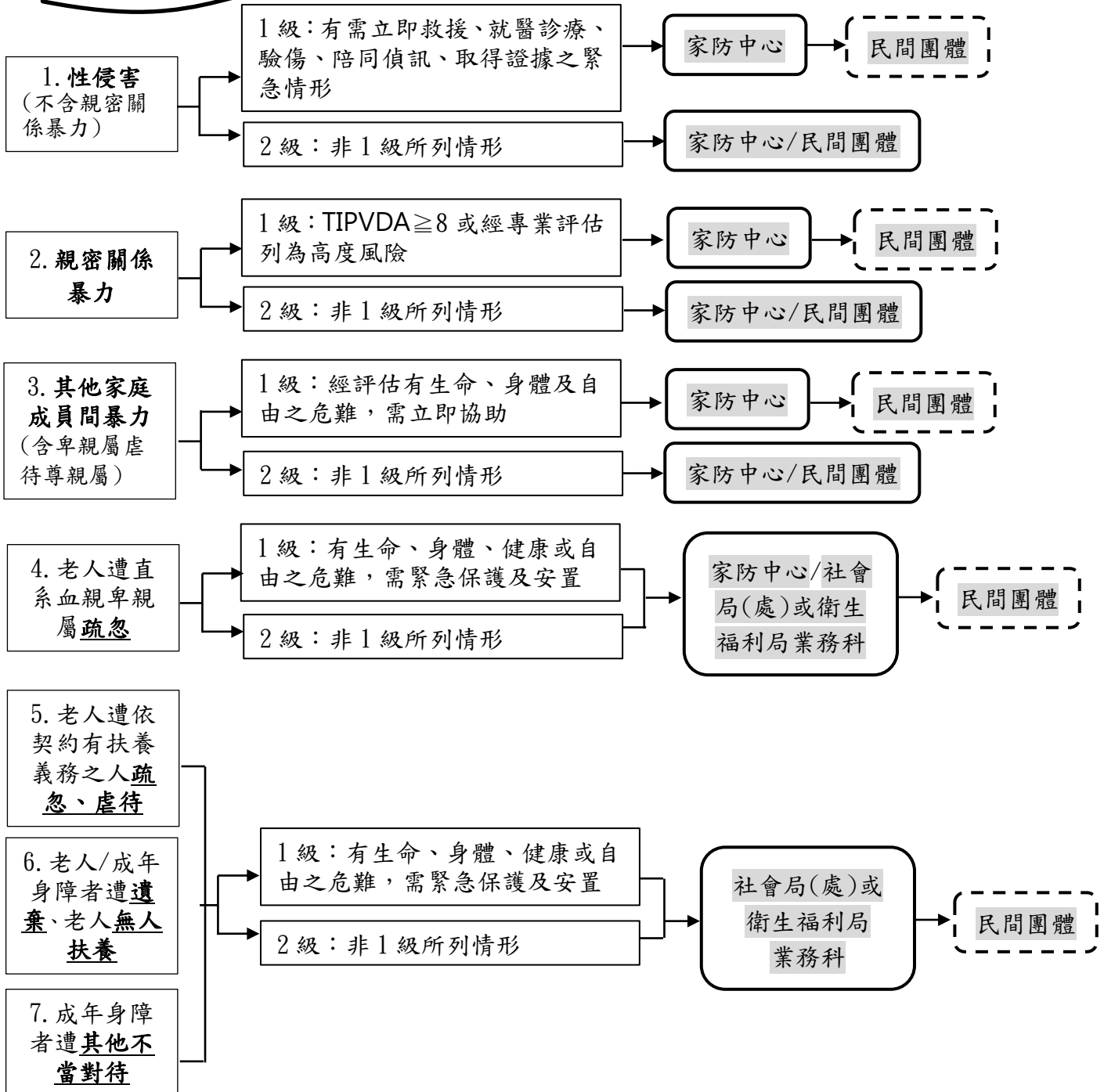
- 1、過往父母（主要照顧者）對兒少的照顧或關心狀況？
- 2、兒少受到傷害/不當對待後，父母（主要照顧者）表現出的態度為何？父母（主要照顧者）如何處理？處理的妥適性？處理的積極度？
- 3、父母（主要照顧者）是否有防止兒少受到傷害/不當對待的作為？如果有，是哪些作為？

三、父母（主要照顧者）接受服務的意願

- 1、通報者（或通報者所知悉的其他人員）是否有對這個家庭提供過什麼服務/資源？結果為何？
- 2、通報者（或通報者所知悉的其他人員）與這個家庭（父母或主要照顧者）討論過什麼議題（如：親職角色、照顧困難、經濟需求…等）？結果為何？
- 3、這個家庭是否因同一個問題/現象被反覆通報？（在不同的時間點被通報）

成人保護案件分級分類分流篩檢指引圖

分級：規範案件處理時效
 1、**1級案件**：應立即派案，並評估是否需緊急出勤。
 2、**2級案件**：依各法規時效處理。



公私協力原則說明：

公部門受理通報、完成受案評估調查後，依個案風險等級、被害人接受服務意願、需求類型，分別由公部門與民間團體提供服務，高風險案件、需要公權力緊急或危機介入的案件由公部門處理，中低風險有接受服務意願者，由民間團體協助。

