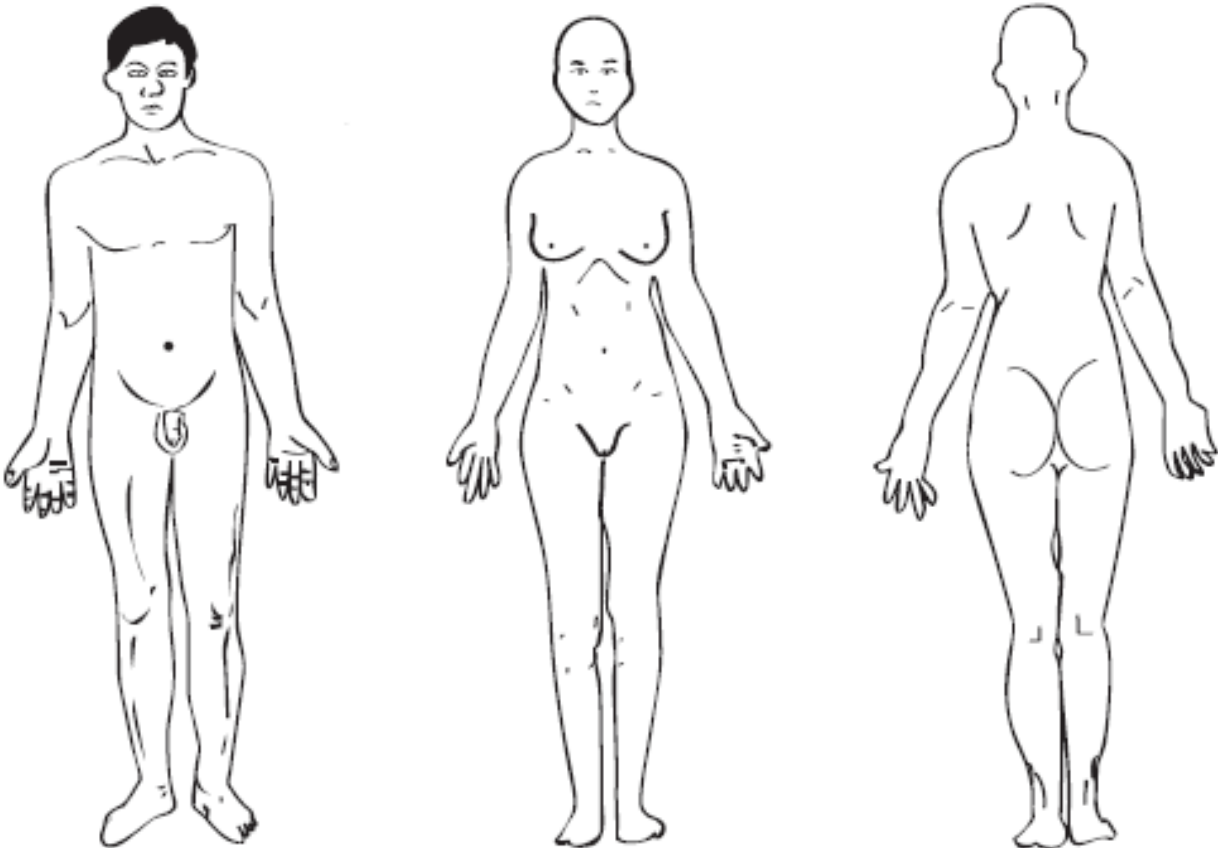
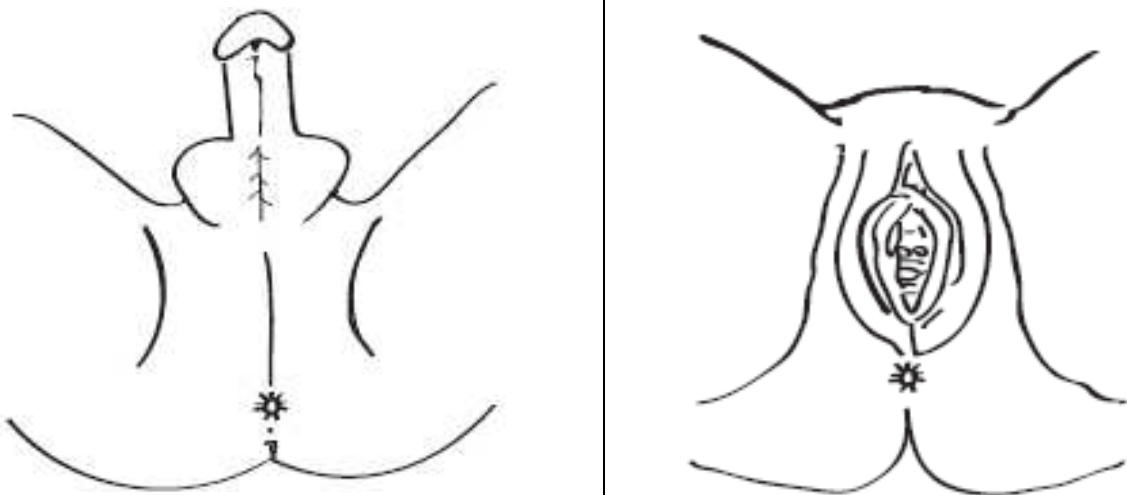
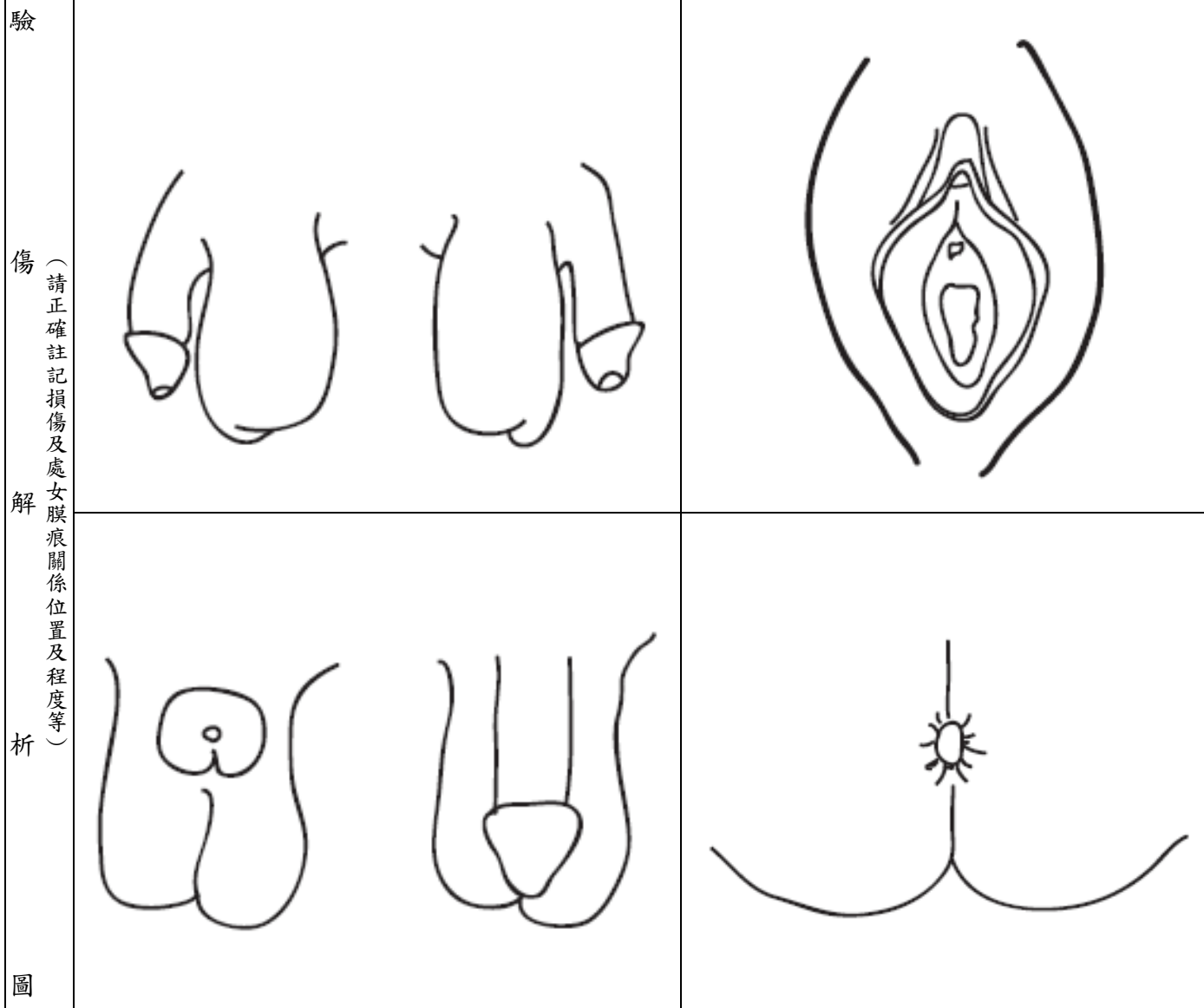


(醫療機構名稱) 受理疑似性侵害事件驗傷診斷書					
姓名			性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	出生 民國 年 月 日
職業	國民身分證 統一編號				病歷號碼
住址			電話		驗傷時間 年 月 日 時 分
被害 人 主 訴 (有/無請用勾選)	事件發生時間	年 月 日 時 分			
	被害人 身體傷害描述				
	來驗傷前有無沐浴、更衣、沖洗	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	最近一次月經 (男性被害人免填)	年 月 日	
	事件發生時涉嫌人有無使用保險套之避孕方式				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
醫 事 檢 驗 項 目 (有/無請用勾選)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 血型 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 披衣菌檢驗 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 精蟲檢查 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 B 型肝炎檢驗 (檢驗項目: B 型肝炎病毒表面抗原 HBsAg 及表面抗體 HBsAb) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 懷孕檢查 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 HIV 檢驗 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 梅毒血清檢驗 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 淋病檢驗 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 尿液或血液中酒精之測定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 其他 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 其他				
協 助 蒐 證 項 目 (有/無請用勾選)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 證物盒 (證物內容詳如證物採集單)。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 採證藥毒物血、尿液 (<input type="checkbox"/> 尿液鹼性類藥物篩檢 <input type="checkbox"/> 苯二氮平類 (Benzodiazepines) 鎮定安眠劑尿液篩檢 <input type="checkbox"/> 尿液 FM2 代謝物確認檢驗 <input type="checkbox"/> 其他_____由醫師臨床判斷)。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 驗傷光碟 (請醫療院所留存備份)。 ※ 建議尿液之鑑驗項目: 包括尿液鹼性類藥物篩檢、苯二氮平類鎮定安眠劑尿液篩檢及尿液 FM2 代謝物確認檢驗等三項。				
檢 查 結 果 (傷之部位形狀程度)	頭面部				
	頸肩部				
	胸腹部				
	背臀部				
	四肢部				

檢 查 結 果 (傷之部位 形狀 程度)	陰部	
	肛門	
	其他部位	
其他補充說明		(例如：外觀或精神狀態之描述)
驗 傷 解 析 圖		
		



中 華 民 國 年 月 日

院長
(負責醫師)

主治醫師

檢診醫師

(簽章)

(簽章)

(簽章)

醫院 (診所) 地址：

(加蓋關防或印信)