

※密件 請傳

縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心 電話：

傳真：

18歲以上未同居親密關係暴力事件轉介表

轉介人	轉介單位	<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"/> 司法 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 防治中心 <input type="checkbox"/> 移民業務機關 <input type="checkbox"/> 其他									
	轉介人員	<input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 警察人員 <input type="checkbox"/> 社工人員 <input type="checkbox"/> 教育人員 <input type="checkbox"/> 保育人員 <input type="checkbox"/> 司法人員 <input type="checkbox"/> 移民業務人員 <input type="checkbox"/> 其他									
	單位名稱				受理單位是否需回覆轉介單位： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
	姓名				職稱						
	電話				轉介時間	年	月	日	時	分	
受保護/被害人	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月	日	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			有同住之未成年(孫)子女		<input type="checkbox"/> 有, ___人, 關係: __ <input type="checkbox"/> 無				
	現屬國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民( <input type="checkbox"/> 原籍非本國籍, 原籍為 <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍( <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他 )									
		<input type="checkbox"/> 本國籍原住民( <input type="checkbox"/> 布農 <input type="checkbox"/> 排灣 <input type="checkbox"/> 賽夏 <input type="checkbox"/> 阿美 <input type="checkbox"/> 魯凱 <input type="checkbox"/> 泰雅 <input type="checkbox"/> 卑南 <input type="checkbox"/> 達悟(雅美) <input type="checkbox"/> 鄒 <input type="checkbox"/> 邵 <input type="checkbox"/> 噶瑪蘭 <input type="checkbox"/> 太魯閣 <input type="checkbox"/> 撒奇萊雅 <input type="checkbox"/> 賽德克 <input type="checkbox"/> 拉阿魯哇 <input type="checkbox"/> 卡那卡那富 <input type="checkbox"/> 其他 )									
		<input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍( <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他 ) <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明									
	教育程度	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳									
	被侵害人	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊( <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 其他)									
		<input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明 (請註明身心障礙證明的障礙類別及 ICD 診斷)									
		<input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者( <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 其他 ) <input type="checkbox"/> 非身心障礙者									
	職業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教 <input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他 <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	
聯絡地址	縣(市)	鄉(鎮、市、區)	村(里)	鄰	路(街、道)	段	巷	弄	號之	樓	
電話	【宅】			【公】			【手機】				
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：
相對人	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月	日	身分證統一編號(或護照號碼)		
	現屬國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民( <input type="checkbox"/> 原籍非本國籍, 原籍為 <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍( <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他 )									
		<input type="checkbox"/> 本國籍原住民( <input type="checkbox"/> 布農 <input type="checkbox"/> 排灣 <input type="checkbox"/> 賽夏 <input type="checkbox"/> 阿美 <input type="checkbox"/> 魯凱 <input type="checkbox"/> 泰雅 <input type="checkbox"/> 卑南 <input type="checkbox"/> 達悟(雅美) <input type="checkbox"/> 鄒 <input type="checkbox"/> 邵 <input type="checkbox"/> 噶瑪蘭 <input type="checkbox"/> 太魯閣 <input type="checkbox"/> 撒奇萊雅 <input type="checkbox"/> 賽德克 <input type="checkbox"/> 拉阿魯哇 <input type="checkbox"/> 卡那卡那富 <input type="checkbox"/> 其他 )									
		<input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍( <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他 ) <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明									
	教育程度	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳									
	被侵害人	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊( <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 其他)									
		<input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明 (請註明身心障礙證明的障礙類別及 ICD 診斷)									
		<input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者( <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 其他 ) <input type="checkbox"/> 非身心障礙者									
	職業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教 <input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳									
	有無下列情事?	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 酗酒 <input type="checkbox"/> 施用毒品 <input type="checkbox"/> 自殺意念 <input type="checkbox"/> 自殺行為(倘有自殺意念或行為請併傳自殺高風險個案轉介單) <input type="checkbox"/> 公共危險行為(倘相對人有開瓦斯、預備汽油桶、縱火等, 請立即報警) <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 不確定									
戶籍地址	縣(市)	鄉(鎮、市、區)	村(里)	鄰	路(街、道)	段	巷	弄	號之	樓	
聯絡地址	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

被害人姓名：

一、 發生時間：            年            月            日            時

二、 發生地點：學校 家中 辦公處所 公共場所 其他：(請說明)

三、 案情陳述：

1. 案發經過：

2. 兩造關係：現有 曾有 親密關係之未同居伴侶

3. 被害人受暴型態(可複選)：肢體暴力 精神暴力 經濟暴力 性暴力

4. 被害人受傷程度：未受傷無明顯傷勢有明顯傷勢：\_\_\_\_\_ (敘明部位) 重傷需住院治療：\_\_\_\_\_ (敘明原因)  
死亡

5. 相對人施暴時是否使用武器或工具：否 是：(請敘明物品名)

6. 被害人是否有自殺意念：否 是(請併傳自殺高風險個案轉介單)

7. 被害人是否有自殺行為：否 是(請併傳自殺高風險個案轉介單)

8. 本次暴力促發因素(可複選)：分手暴力 外遇問題 個性或生活習慣不合 性生活不協調 財務支配或借貸問題酗酒 疑似或罹患精神疾病 不良嗜好、賭博、出入不正當場所 施用毒品、禁藥或迷幻物品 其他(請說明：\_\_\_\_\_ )

9. 本事件是否涉及公共危險案件：否 是(倘涉及開瓦斯、預備汽油桶、縱火等行為，請立即報警)

10. 其他補充內容(如曾求助對象或單位、相關評估意見等)：

協助事項及相關意見

一、 原轉介單位已協助事項：校安通報 驗傷診療 協助報案 聲請保護令 安全維護 緊急安置/庇護 與被害人討論安全計畫 提供相關求助資源 自殺通報 心理諮商 其他(請說明：\_\_\_\_\_ )

二、 被害人後續是否願意社工介入協助？願意 不願意，理由：

三、 被害人後續需要社工協助事項：無 驗傷診療 協助報案 緊急安置/庇護 聲請保護令 經濟扶助 法律扶助 心理治療與輔導 就業協助 子女就學或就托服務 其他(請說明：\_\_\_\_\_ )

四、 需立即聯繫社工案件：有下列情形之一者，可立即以電話聯繫當地防治中心社工員評估處理。

經評估被害人處於高危險情境者。

被害人有受暴事實，經認無其他安全支持網絡可協助，需緊急安置或擬定其他安全計畫。

其他(請敘明)：\_\_\_\_\_