

※密件 請傳

縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心 電話：

傳真：

家庭暴力事件通報表

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"/> 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"/> 民政 <input type="checkbox"/> 老人福利機構 <input type="checkbox"/> 其他										
	通報人員	<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"/> 村(里)幹事 <input type="checkbox"/> 村(里)長 <input type="checkbox"/> 照顧服務員 <input type="checkbox"/> 老人福利機構人員 <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	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										
		<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"/> 無工作 <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										
		<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"/> 無工作 <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、縱火等行為，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： <input type="checkbox"/> 家中 <input type="checkbox"/> 辦公處所 <input type="checkbox"/> 公共場所 <input type="checkbox"/> 其他：（請說明）	
三、案情陳述：	
1.	案發經過：
2.	案件類型： <input type="checkbox"/> 親密關係暴力 <input type="checkbox"/> 直系血(姻)親卑親屬虐待尊親屬 <input type="checkbox"/> 其他家庭成員間暴力
3.	兩造關係： <input type="checkbox"/> 婚姻中（ <input type="checkbox"/> 共同生活 <input type="checkbox"/> 分居） <input type="checkbox"/> 離婚（ <input type="checkbox"/> 共同生活 <input type="checkbox"/> 未同住） <input type="checkbox"/> 現有或 <input type="checkbox"/> 曾有下列關係： <input type="checkbox"/> 同居關係 <input type="checkbox"/> 家長家屬 <input type="checkbox"/> 家屬間 <input type="checkbox"/> 直系血親 <input type="checkbox"/> 直系姻親 <input type="checkbox"/> 四親等內旁系血親（如：舅/姨甥、伯/叔/姑姪、堂/表兄弟姊妹） <input type="checkbox"/> 四親等內旁系姻親（如：舅媽、姨丈、伯母、堂/表弟媳（妹婿）、堂/表姊夫（嫂）） <input type="checkbox"/> 其他：
4.	被害人受暴型態（可複選）： <input type="checkbox"/> 肢體暴力 <input type="checkbox"/> 精神暴力 <input type="checkbox"/> 經濟暴力 <input type="checkbox"/> 性暴力
5.	被害人受傷程度： <input type="checkbox"/> 未受傷 <input type="checkbox"/> 無明顯傷勢 <input type="checkbox"/> 有明顯傷勢：_____（敘明部位） <input type="checkbox"/> 重傷需住院治療：_____（敘明原因） <input type="checkbox"/> 死亡
6.	相對人施暴時是否使用武器或工具： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：（請敘明物品名）
7.	被害人是否有自殺意念： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請併傳自殺高風險個案轉介單）
8.	被害人是否有自殺行為： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請併傳自殺高風險個案轉介單）
9.	本次家暴促發因素（可複選）： <input type="checkbox"/> 個性或生活習慣不合 <input type="checkbox"/> 感情、外遇問題 <input type="checkbox"/> 性生活不協調 <input type="checkbox"/> 親屬間相處問題 <input type="checkbox"/> 財務支配或借貸問題 <input type="checkbox"/> 經濟狀況不佳 <input type="checkbox"/> 子女教養問題 <input type="checkbox"/> 酗酒 <input type="checkbox"/> 疑似或罹患精神疾病 <input type="checkbox"/> 不良嗜好、賭博、出入不正當場所 <input type="checkbox"/> 施用毒品、禁藥或迷幻物品 <input type="checkbox"/> 照顧壓力 <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____）
10.	家中有無兒童或少年遭受家庭暴力？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____名，與被害人之關係：_____（請併傳兒童少年保護事件之通報表，兒童少年之生命、身體、自由有立即之危險或危險之虞，請立即以電話聯繫當地主管機關社工員評估處理）
11.	家中有無兒童或少年目睹家庭暴力？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____名，與被害人之關係：_____
12.	本事件是否涉及公共危險案件： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（倘涉及開瓦斯、預備汽油桶、縱火等行為，請立即報警）
13.	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、 本案是否已完成臺灣親密關係暴力危險評估表：不適用（非親密關係暴力）是，____分 否，原因：_____

二、 被害人後續是否願意社工介入協助？願意 不願意，理由：

三、 被害人是否願意被相對人協尋？願意 不願意

四、 已協助事項：驗傷診療 協助報案 聲請保護令 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 其他（請說明：_____）

五、 被害人後續需要協助事項：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 目睹兒少服務 戶政問題協助 其他（請說明：_____）

六、 需立即聯繫社工案件：有下列情形之一者，除傳真本通報表或以網路（網址：<http://ecare.mohw.gov.tw/>）通報外，建議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）：_____

填表說明	<p>一、 依家庭暴力防治法第50及62條規定，各相關人員在執行職務時知有疑似家庭暴力情事者，應立即以任何方式通報當地主管機關，並於24小時內填具本通報表送當地主管機關（網路通報或傳真通報擇一），未盡通報責任者，依法應處新臺幣6千元以上3萬元以下罰鍰。</p> <p>二、 通報單位應主動確認受理單位是否收到通報，通報單位須自存乙份。</p> <p>三、 通報時應注意維護被害人之秘密及隱私，不得洩露或公開。</p>
------	--

台灣親密關係暴力危險評估表 (TIPVDA)

被害人姓名：_____ 加害人姓名：_____ 兩造關係：_____ 填寫日期：____年____月____日

填寫人單位：_____ 填寫人姓名：_____ 聯絡電話：_____

本表目的：本評估表的目的是想要瞭解親密暴力事件的危險情形，幫助工作者瞭解被害人的危險處境，加以協助；也可以提醒被害者對於自己的處境提高警覺，避免受到進一步的傷害。

填寫方式：請工作夥伴於接觸到親密關係暴力案件被害人時，詢問被害人下列問題，並在每題右邊的有或沒有的框內打勾 (✓)。

(下面各題之"他"是指被害人的親密伴侶，包括配偶、前配偶、同居伴侶或前同居伴侶)

※你覺得自己受暴時間已持續多久？_____年_____月。

評估項目	沒有	有
1. 他曾對你有無法呼吸之暴力行為。(如： <input type="checkbox"/> 勒/掐脖子、 <input type="checkbox"/> 悶臉部、 <input type="checkbox"/> 按頭入水、 <input type="checkbox"/> 開瓦斯、或 <input type="checkbox"/> 其他_____等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 他對小孩有身體暴力行為(非指一般管教行為)。(假如你未有子女，請在此打勾 <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 你懷孕的時候他曾經動手毆打過你。(假如你未曾懷孕，請在此打勾 <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 他曾拿刀或槍、或是其他武器、危險物品(如酒瓶、鐵器、棍棒、硫酸、汽油...等)威脅恐嚇你。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 他曾揚言或威脅要殺掉你。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 他有無說過像：「要分手、要離婚、或要聲請保護令...就一起死」，或是「要死就一起死」等話。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 他曾對你有跟蹤、監視或惡性打擾等行為(包括唆使他人)。(假如你無法確定，請在此打勾 <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 他曾故意傷害你的性器官(如踢、打、搥或用異物傷害下體、胸部或肛門)或對你性虐待。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 他目前每天或幾乎每天喝酒喝到醉(「幾乎每天」指一週四天及以上)。若是，續填下面兩小題： (1) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 若沒喝酒就睡不著或手發抖。 (2) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 醒來就喝酒。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 他曾經對他認識的人(指家人以外的人，如朋友、鄰居、同事...等)施以身體暴力。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 他目前有經濟壓力的困境(如破產、公司倒閉、欠卡債、龐大債務、失業等)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 他是否曾經因為你向外求援(如向警察報案、社工求助、到醫院驗傷或聲請保護令...等)而有激烈的反應(例如言語恐嚇或暴力行為)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 他最近懷疑或認為你們之間有第三者介入感情方面的問題。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 你相信他有可能殺掉你。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 過去一年中，他對你施暴的情形是否愈打愈嚴重。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
被害人對於目前危險處境的看法(0代表無安全顧慮，10代表非常危險) 請被害人在0-10級中圈選： <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>	上列答有 題數合計	分
<input type="checkbox"/> TIPVDA 分數小於8，但經評估為高危機個案		
警察／社工員／醫事人員對於本案之重要紀錄或相關評估意見註記如下：		
1. TIPVDA 分數大於8分或經評估為高危機個案，被害人是否願意警政介入協助約制加害人？ <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意 2. 其他相關紀錄及評估意見：		