

※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							
	<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							

<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： <input type="checkbox"/> 學校 <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. 兩造關係： <input type="checkbox"/> 現有 <input type="checkbox"/> 曾有 親密關係之未同居伴侶	
3. 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	
4. 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	
5. 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）	
6. 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）	
7. 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）	
8. 本次暴力促發因素（可複選）： <input type="checkbox"/> 分手暴力 <input type="checkbox"/> 外遇問題 <input type="checkbox"/> 個性或生活習慣不合 <input type="checkbox"/> 性生活不協調 <input type="checkbox"/> 財務支配或借貸問題 <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"/> 其他（請說明：_____）	
9. 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）	
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）：_____