

附件二

※密件 請傳 縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心 電話：
 電子郵件信箱： 傳真：
 家庭暴力事件通報表(非性侵害事件、非兒少保事件) 自 102.01.01 起適用
 案件類型：婚姻/離婚/同居關係暴力(請加填台灣親密關係暴力危險評估表 TIPVDA) 老人虐待
其他家庭成員間暴力

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|--|---|------|---|--------|------|----------------|---|---|----|--|--|
| 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"/> 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"/> 其他 | | | | | | | | | | | |
| | 單位名稱 | | | | | | | | | | | | |
| | 姓名 | 職稱 | | | | | | | | | | 受理單位是否需回覆通報單位： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 受理事時間 | 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) | | | | | |
| | 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"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明 <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"/> 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) | | | | | | | | | | | |
| | 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"/> 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"/> 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"/> 公教軍警 <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 | 電話： 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"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明 <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"/> 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) | | | | | | | | | | | |
| | 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"/> 其他) | | | | | | | | | | | | |
| | <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"/> 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"/> 公教軍警 <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"/> 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： | | | | | | | | | | | | |

