

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓

承辦人：甘莉莉

電話：(02)2752-7286#134

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：kan@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國101年9月19日

發文字號：全醫聯字第1010001607號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

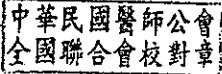
附件：如文

主旨：轉知行政院衛生署公告修正「醫療機構受理疑似性侵害事件
驗傷診斷書」格式如附件，請 查照。

說明：

一、依行政院衛生署101年9月17日衛署醫字第1010202006A號函
辦理。

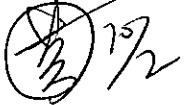
二、本公告事宜刊登台灣醫界及本會網站。

正本：各縣市醫師公會 

副本：

理事長

李明濱

如林


張公布網站

張

彰化縣醫師公會
收文日期 101. 9. 21
收文字號 彰醫字第 1172 號

裝

訂

線

行政院衛生署 函

地址：10341台北市大同區塔城街36號
傳 真：(02)85906062
聯絡人及電話：李瑪莉(02)85906648
電子郵件信箱：md1208@doh.gov.tw

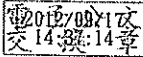
受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國101年9月17日
發文字號：衛署醫字第1010202006A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：診斷書修正格式1份(1010202006A-1.doc)

主旨：檢送本署公告修正「醫療機構受理疑似性侵害事件驗傷診
斷書」格式如附件，請 查照。

說明：依據性侵害犯罪防治法第十條第三項規定辦理。

正本：司法院、法務部、內政部家庭暴力及性侵害防治委員會、內政部警政署、內政部
兒童局、各直轄市及縣市衛生局、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣婦產科醫
學會、台灣急診醫學會

副本：

署長 邱文達

受理疑似性侵害事件驗傷診斷書

衛署醫字第 1010202006 號函公告

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
受 害 人 主 訴 (有、無請用勾選)	事件發生時間	年 月 日 時 分			
	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 (男性受驗人免填)	年 月 日	
	事件發生時加害人有無使用保險套之避孕方式				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
有醫 事 無 檢 進 驗 項 行 目	<input type="checkbox"/> 血型 <input type="checkbox"/>披衣菌檢驗 <input type="checkbox"/> 精子游動檢查或酸性磷酸酶檢查 <input type="checkbox"/>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"/> 懷孕檢查 <input type="checkbox"/>HIV 檢驗 <input type="checkbox"/> 梅毒血清檢驗 <input type="checkbox"/>淋病檢驗 <input type="checkbox"/> 尿液或血液中酒精之測定 <input type="checkbox"/> 其他				
協助 蒐 證 項 目	<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

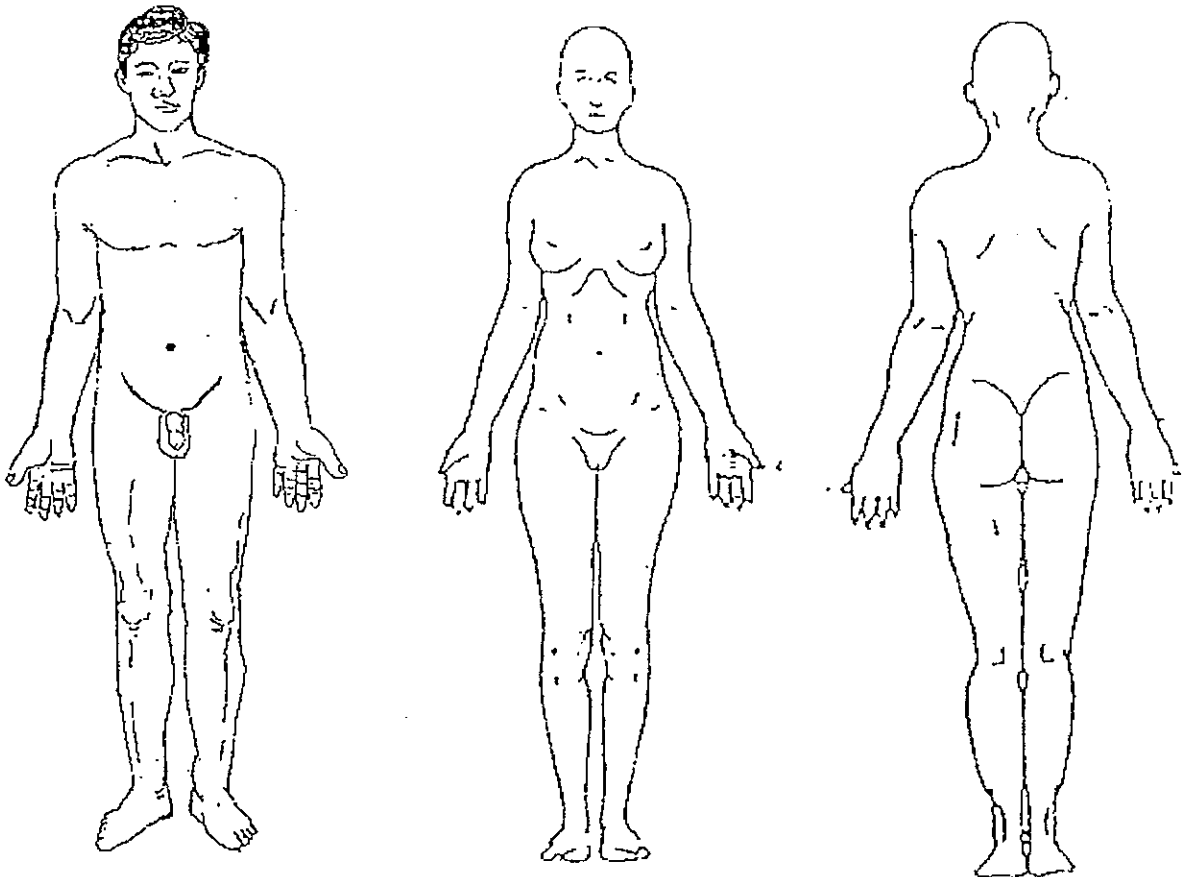
其他補充說明

驗

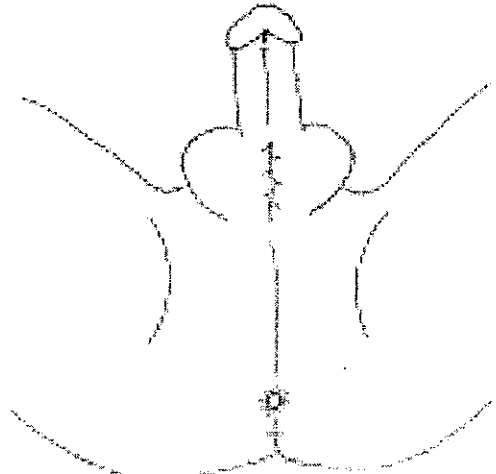
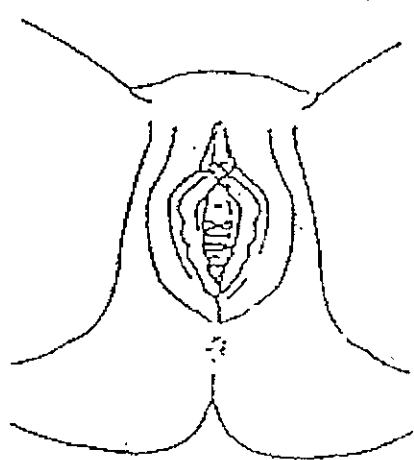
傷

(請正確註記損傷及處女膜痕關係位置及程度等)

解



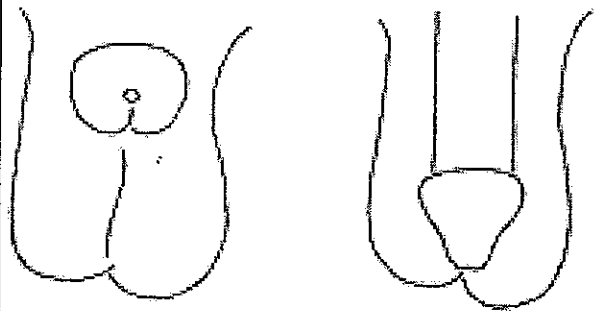
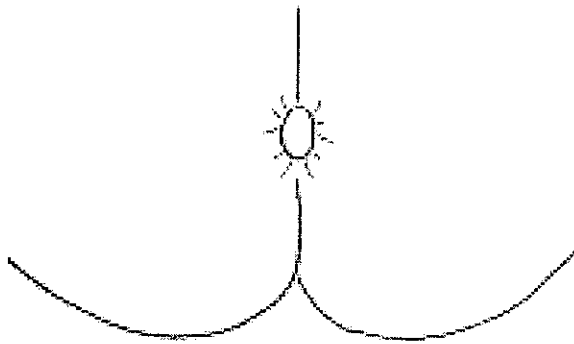
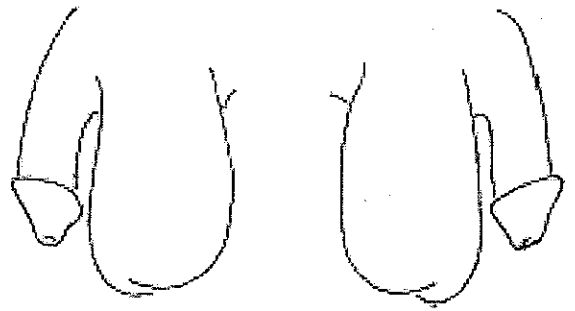
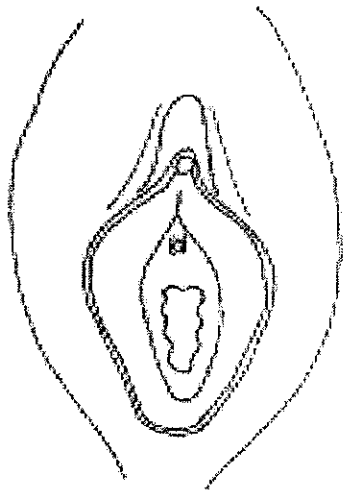
析



圖

驗

傷
解
析
圖
(請正確註記損傷及處女膜痕關係位置及程度等)



圖

中 華 民 國 年 月 日

院長
(負責醫師)

科主任
(主治醫師)
(簽章)

檢診醫師
(簽章)

(簽章)

醫院(診所)地址：

(加蓋關防或印信)