

副本

檔 號：

保存年限：

## 彰化縣衛生局 函

地址：50049彰化市中山路2段162號  
承辦人：蔡政佑  
電話：04-7115141轉308  
電子信箱：easy313@mail.chshb.gov.tw

500  
彰化市南郭路一段63號5樓

受文者：彰化縣醫師公會

發文日期：中華民國102年12月25日

發文字號：彰衛醫字第1020041696號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：1. 台灣親密關係暴力危險評估表 2. 家庭暴力事件通報表

主旨：函轉衛生福利部102年12月18日函頒修正之「家庭暴力事件通報表」乙份，並自103年1月1日起適用，請貴單位依規定運用，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部102年12月20日衛部心字第1021780610號書函轉衛生福利部102年12月18日衛部護字第1021480653A號函辦理。
- 二、查家庭暴力防治法第50條第1項規定略以，醫事人員於執行職務時，知有疑似家庭暴力情事者，應立即通報當地直轄市、縣（市）主管機關，至遲不得超過24小時。上開通報之方式及內容，依家庭暴力防治法第50條第2項規定，應依中央主管機關訂定之「家庭暴力事件通報表」辦理。
- 三、是以，為落實責任通報制度，醫事人員應依家庭暴力防治法第50條及第62條之規定，於執行職務時，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。
- 四、副本抄送彰化縣醫師公會、彰化縣診所協會，惠請轉知所屬

彰化縣醫師公會	
收文日期	102. 12. 26
收文字號	彰衛醫字第 1468 號

第1頁 共2頁

蔡政佑  
102/12/26  
董培郁

會員機構依規定辦理。

正本：各醫院、本縣各衛生所

副本：彰化縣醫師公會、彰化縣診所協會、彰化縣社會工作師公會、本局醫政科（均含附件）

局長 葉彥伯

本案依分層負責規定授權科室主管決行

## 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 (✓)。

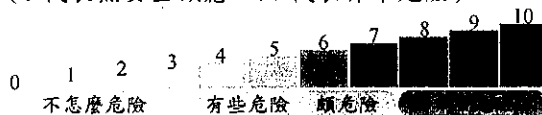
(下面各題之"他"是指被害人的親密伴侶，包括配偶、前配偶、同居伴侶或前同居伴侶)

※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. 他會拿刀或槍、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、拋或用異物傷害下體、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：



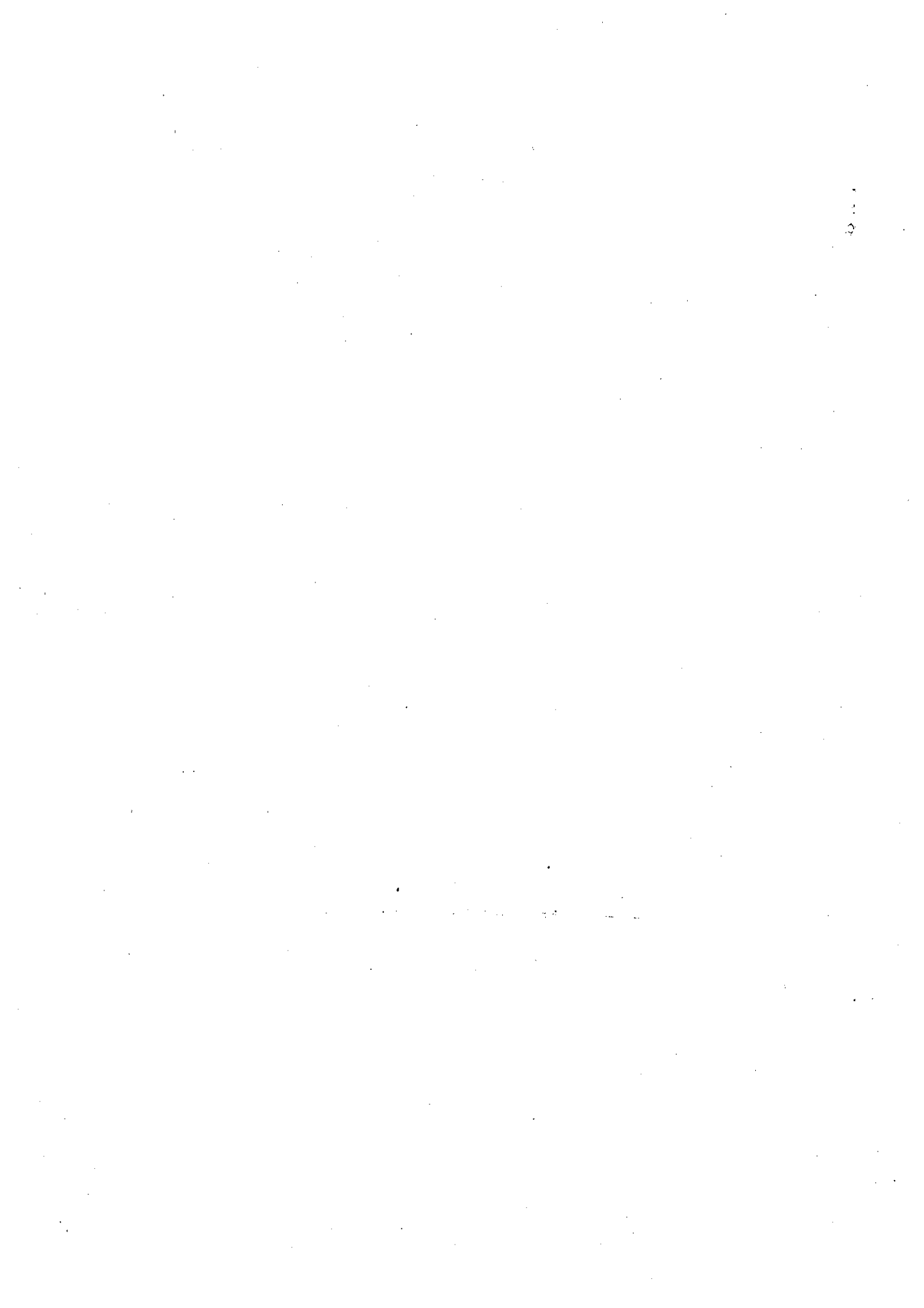
上列答有  
題數合計

分

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？ 願意 不願意
2. 其他相關紀錄及評估意見：



※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(非性侵害事件、非兒少保事件、非老人虐待事件)

自 103.01.01 起適用

案件類型：親密關係暴力(含婚姻/離婚/同居，請加填台灣親密關係暴力危險評估表)其他家庭成員間暴力

老人虐待(自 103 年 7 月 1 日起請改填老人虐待事件通報表)

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"/> 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						受理單位是否需回覆通報單位： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
姓名	姓名					職稱					電話		
	受理時間	年	月	日	時	分	通報時間	年	月	日	時	分	
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				是否有同住之未成年(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"/> 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												
身心障礙	<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	姓名：						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											
身心障礙	<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												
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"/> 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：							

具體事實

被害人姓名：

一、發生時間： 年 月 日 時

二、發生地點：家中 辦公處所 公共場所 其他：(請說明)

三、案情陳述：

1. 兩造關係：婚姻中 (共同生活分居) 離婚 (共同生活未同住) 現有或 曾有下列關係：同居關係 家長家屬家屬間直系血親直系姻親四親等內旁系血親 (如：舅/姨甥、伯/叔/姑姪、堂/表兄弟姊妹) 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)) 其他：
2. 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
3. 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
4. 加害人施暴時是否使用武器或工具：否 是：(請敘明物品名)
5. 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)
6. 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)
7. 本次家暴因素 (可複選)：個性或生活習慣不合 感情、外遇問題 性生活不協調 親屬間相處問題 財務支配或借貸問題 經濟狀況不佳 子女教養問題 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：\_\_\_\_\_)
8. 家中有無兒童或少年遭受家庭暴力？無 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)
9. 家中有無兒童或少年目睹家庭暴力？無 有， 名，與被害人之關係：\_\_\_\_\_
10. 其他補充內容 (如案發經過、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、被害人是否願意被加害人協尋？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

- 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。
- 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。
- 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。