

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103年10月23日

發文字號：全醫聯字第1030001620號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：轉知衛生福利部103年10月17日衛部心字第1031761584號令修正「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、依衛生福利部103年10月17日衛部心字第1031761584C號函辦理。

二、本訊息刊登台灣醫界雜誌及本會網站。



正本：各縣市醫師公會

副本：

## 理事長 蘇清泉

彰化縣醫師公會	
收文日期	103. 10. 28
收文字號	彰醫字第 1310 號

第1頁 共1頁

  
 擬公布網站  
  
 董培都

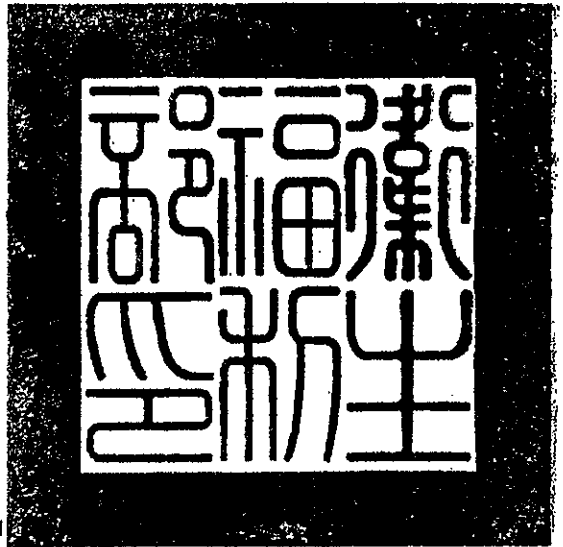
裝

訂

線

檔 號：  
保存年限：

# 衛生福利部 令



發文日期：中華民國103年10月17日  
發文字號：衛部心字第1031761584號  
附件：「醫療機構受理疑似性侵害事件驗傷診斷書」

修正「醫療機構受理疑似性侵害事件驗傷診斷書」格式。

附修正「醫療機構受理疑似性侵害事件驗傷診斷書」格式

代理部長 **林奏延**

收文編號	收文日期	歸檔編號
2614	103. 10. 17	16-檔 號： 保存年限：

衛生福利部 函

16-0

地址：11558台北市南港區忠孝東路6段488

號

傳真：(02)85907080

聯絡人及電話：李炳樟(02)85907439

電子郵件信箱：mdteddy@mohw.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103年10月17日

發文字號：衛部心字第1031761584C號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令影本及「醫療機構受理疑似性侵害事件驗傷診斷書」修正格式各1份(1031761584C-1.doc、1031761584C-2.tif)

主旨：「醫療機構受理疑似性侵害事件驗傷診斷書」格式，業經本部於103年10月17日以衛部心字第1031761584號令修正發布，並自即日生效，請查照。

說明：檢附「醫療機構受理疑似性侵害事件驗傷診斷書」修正格式1份。

正本：司法院、法務部、教育部、國軍退除役官兵輔導委員會、內政部警政署、國防部軍醫局、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：本部法規會、本部附屬醫療及社會福利機構管理會、本部保護服務司（均含附件）

電011/1031761584C  
交14換45章

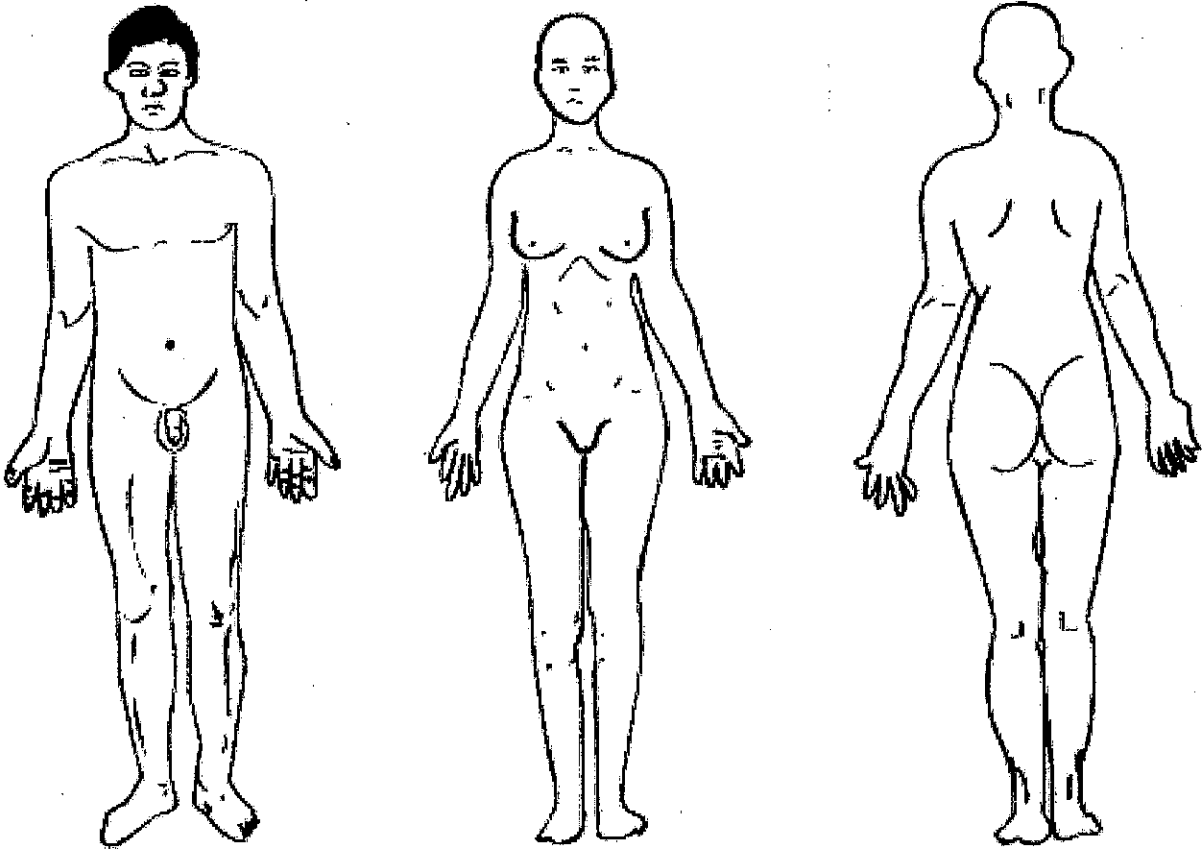
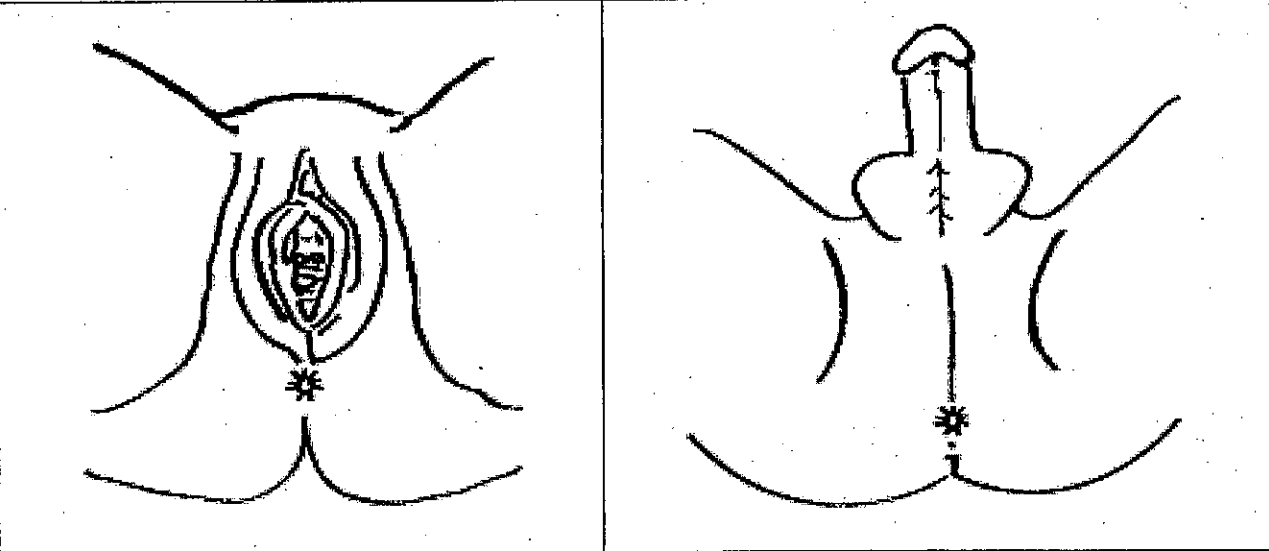
代理部長 林奏延

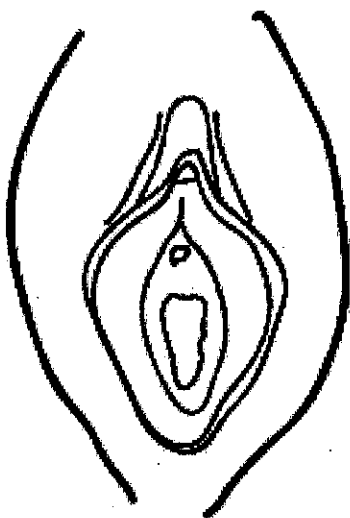
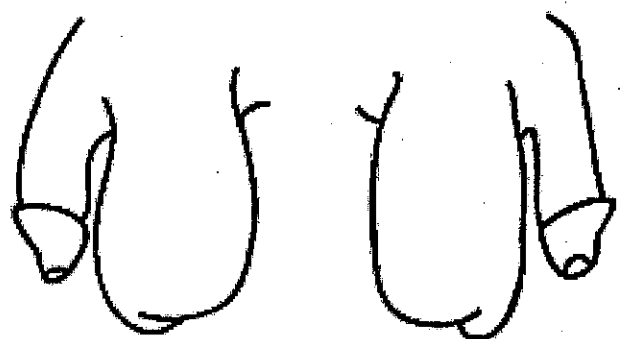
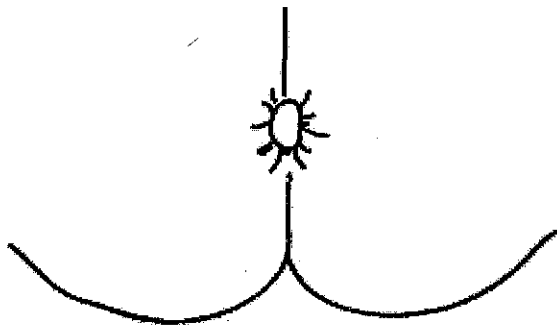
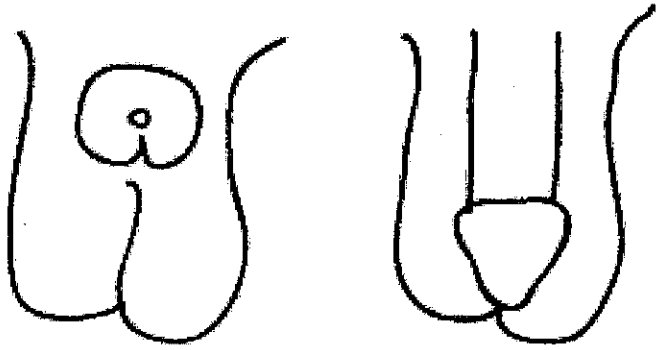
(醫療機構名稱) 受理疑似性侵害事件驗傷診斷書

衛部心字第 1031761584 號

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
被 害 人 主 訴  (有/無請用勾選)	事件發生時間	年 月 日 時 分							
	被害人 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		
醫 事 檢 驗 項 目  (有/無請用勾選)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 血型 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 披衣菌檢驗 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 精蟲檢查 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 懷孕檢查 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 HIV 檢驗 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 梅毒血清檢驗 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 淋病檢驗 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 尿液或血液中酒精之測定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 其他 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 其他								
協 助 蒐 證 項 目  (有/無請用勾選)	<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 (Benzodiazepines) 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		(例如：外觀或精神狀態之描述)

驗  傷          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)		
		

中 華 民 國 年 月 日

院長  
(負責醫師)

主治醫師

檢診醫師

(簽章)

(簽章)

(簽章)

醫院(診所)地址：

(加蓋關防或印信)