**由 社 會 工 作 局 填 寫**

|  |  |
| --- | --- |
| 接報單位: | 接報日期/時間: |
| 負責工作人員： | 輔助人員： |
| 聯絡電話： | 聯絡電話： |
| 通報表編號： 　  |

**注意事項：**

1. 醫院在獲悉懷疑家庭暴力事件後，需於**24小時**內向社會工作局作出通報；
2. 考慮到部份身體檢查需時，社會工作局將與醫務社工聯繫以補充資料；
3. 請致電2823 2520確認是否收到本通報表。

**懷疑家庭暴力個案通報表（醫務人員專用）**

**(填妥後，請傳真至家庭暴力通報專線: 2823 2521)**

1. **通 報 資 料**

|  |
| --- |
| 單位：□ 仁伯爵綜合醫院 / □ 鏡湖醫院 / □ 其他： |
| 負責人姓名： | 發件編號（如適用）： |
| 跟進醫護人員： | 通報日期及時間： 年 月 日 時 分 |
| 聯絡電話： | 獲悉懷疑家暴事件日期及時間： 年 月 日 時 分 |
| 如何獲悉懷疑家暴事件：□ 自行求助 □警方轉介 □學校轉介 □醫護人員發現 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **個 案 類 別**

|  |
| --- |
| 1. **個案類別 （可選多項）**□ 家暴兒童個案 □ 家暴配偶個案 □ 家暴長者個案 □ 其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ 身體暴力 | □ 精神侵害 |  |
| □ 性侵犯 | □ 不適當照顧 |  |

2. **暴力/侵害行為類別（可選多項）** |

1. **受 害 人 資 料／與 受 害 人 同 住 之 人 士 資 料**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性別** | **年齡** | **關係** | **工作地點 或 學校/班別** | **身份證號碼** | **聯絡電話** |
|  |  |  | **受害人本人** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**受害人目前情緒／精神狀態為** □焦慮 □恐懼 □緊張 □憤怒 □平穩 □其他（請說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）

**受害人健康狀況**□一般／良好 □懷疑智力殘疾 □長期病患 □其他 （請說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）

**受害人遭受暴力時居住地址：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**現居地址（如不同上）:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

懷疑家庭暴力個案通報表(醫務人員專用)2020.07.01

 1

（第1頁，共2頁 ）

1. **暴 力 事 件 資 料**

|  |
| --- |
| 1. **是否已報警：**

□ 是，報警日期及時間：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_\_時 □ 否 |
| 1. **暴力行為發生日期、時間、地點及發生頻率：**

本次事件發生日期及時間：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_\_時 發生地點：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_暴力事件是否首次發生： □是 □否最近一個月內事件發生的頻率：□ 每天發生1至數次 □ 每星期發生1至數次 □ 一個月發生數次 |
| 1. **懷疑施暴者姓名**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **與受害人之關係**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **身份證號碼（如適用）**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 1. **受害人受傷情況：**□沒有受傷　　　□有受傷（請回答下列問題）

4.1受傷位置和面積：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿4.2受傷程度：□輕微受傷　　□中度受傷　　□嚴重受傷4.3受傷形式：□紅腫　　□瘀傷和條痕　　□撕裂傷和擦傷　　□燒傷和燙傷　　□骨折　　□內臟受傷　　　　　　 □誤服藥物或中毒　　□營養不良　　□性病　　□其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　　　　　 □尚需進行其他檢驗以確定受傷情況（註：社工局將派員向醫務社工跟進檢查情況）4.4是否有舊傷痕：□是　　□未見有舊傷痕　　□未能判斷　　□不適用4.5受傷原因評估：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |
| 1. **暴力事件摘要：**（例如簡述暴力事件發生情況/促成暴力事件的因素，是否有使用利器或致命暴力襲擊等）

|  |
| --- |
|  |
|  |

 |
| 1. **對兒童受到家庭暴力對待的評估：**□確認家暴兒童個案□懷疑家暴兒童個案

□管教問題□不適用（兒童受傷非因受暴力所致）註：此欄只適用於兒童傷者 |

1. **備 註**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **有何緊急服務需要**：

   | 1. **受害人是否同意接受社工服務/跟進：**

□ 是 □ 否1. **施暴者是否同意接受社工服務/跟進：**

□ 是 □ 否 |
| 1. **家中是否有其他需要接受支援之人士**，包括：兒童、長者、殘疾人士、孕婦？

□ 是： 名兒童（ 歲） 名長者 名殘疾人士 名孕婦□ 否 |
| 1. **其他**（其他補充資料，例如個案潛在風險）：

  |

通報工作人員姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日

（第2頁，共2頁）

（第2頁，共2頁）