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）

一、 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：_____	

二、 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_____

2. 暴力/侵害行為類別（可選多項）

☐ 身體暴力 ☐ 精神侵害

☐ 性侵犯 ☐ 不適當照顧

三、 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）：_____

四、 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

2. 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

3. 懷疑施暴者姓名：_____ 與受害人之關係：_____ 身份證號碼（如適用）：_____

4. 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：_____

5. 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）

_____

_____

_____

6. 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

五、 備 註

1. 有何緊急服務需要：

_____

_____

2. 受害人是否同意接受社工服務/跟進：

☐ 是 ☐ 否

3. 施暴者是否同意接受社工服務/跟進：

☐ 是 ☐ 否

4. 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

5. 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