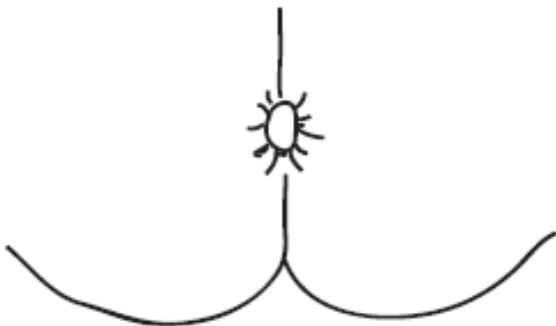


(醫療機構名稱) 受理疑似性侵害事件驗傷診斷書 衛部心字第 1031761584 號						
姓名			性別	☐ 女 ☐ 男	出生	民國 年 月 日
職業		國民身分證 統一編號			病歷號碼	
住址			電話		驗傷時間	年 月 日 時 分
被害 人 主 訴 (有/無請用勾選)	事件發生時間	年 月 日 時 分				
	被害人 身體傷害描述					
	來驗傷前有無沐浴、更衣、沖洗	☐ 有 ☐ 無	最近一次月經 (男性受驗人免填)		年 月 日	
	事件發生時加害人有無使用保險套之避孕方式				☐ 有 ☐ 無	
醫 事 檢 驗 項 目 (有/無請用勾選)	☐有 ☐無 血型 ☐有 ☐無 披衣菌檢驗 ☐有 ☐無 精蟲檢查 ☐有 ☐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) ☐有 ☐無 懷孕檢查 ☐有 ☐無 HIV 檢驗 ☐有 ☐無 梅毒血清檢驗 ☐有 ☐無 淋病檢驗 ☐有 ☐無 尿液或血液中酒精之測定 ☐有 ☐無 其他					
協 助 蒐 證 項 目 (有/無請用勾選)	☐ 有 ☐ 無 證物盒 (證物內容詳如證物採集單)。 ☐ 有 ☐ 無 採證藥毒物血、尿液 (☐ 尿液鹼性類藥物篩檢 ☐ 苯二氮平類 (Benzodiazepines) 鎮定安眠劑尿液篩檢 ☐ 尿液 FM2 代謝物確認檢驗 ☐ 其他_____由醫師臨床判斷)。 ☐ 有 ☐ 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					

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		
		

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)			