

※密件

請傳高雄市政府社會局家庭暴力及性侵害防治中心

電話：5350113 傳真：3356203、3352755

電子郵件信箱：safesex@kcg.gov.tw

高雄市政府家庭暴力及性侵害防治社工人員遭受暴力事件通報表

通報日期： 年 月 日

基本 資料	機構名稱： 員工姓名： _____ 職稱： _____ 與攻擊者關係： _____ 事件日期時間： _____ 事件發生地點： <input type="checkbox"/> 機構 _____ <input type="checkbox"/> 案家 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____ 員工連絡電話： _____ 員工分機號碼： _____ 員工公務信箱： _____ 目睹者姓名： _____ 與事件關係： _____ 攻擊者姓名： _____ 年齡： _____ 性別： _____ 與主要案主關係： _____ 攻擊者診斷（如果有的話）/ 喝酒或吸毒或精神疾病/： 與此次事件有關個案之案號/姓名/性別/年齡：	
	暴力 事件 類型	1. 是否使用工具： <input type="checkbox"/> 是，工具 _____ <input type="checkbox"/> 否 2. 損害機構財物： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 簡述發生什麼事： _____ 3. 損害員工財物： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 簡述發生什麼事： _____ 4. 精神暴力（羞辱/威脅）： <input type="checkbox"/> 是（請繼續填寫下面問題，可複選） <input type="checkbox"/> 否 口語（當面或電話）： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 文字（簡訊）： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 簡述發生什麼事： _____ 5. 身體暴力： <input type="checkbox"/> 是（請繼續填寫下面問題） <input type="checkbox"/> 否 企圖攻擊身體： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 未受傷的身體攻擊： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 身體攻擊致傷： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 請詳細描述受傷、治療及造成後果情形： _____
事件 回應 行動		攻擊者未受傷送醫： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 警察到場： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 攻擊者被捕： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 其他： <input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否 攻擊者受傷送醫： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 司法介入： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 後續追蹤： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
事件 描述	（事件怎麼降溫、特定的引爆點、誰在現場、發生了什麼事、誰做了什麼事、參與事件中的人分別做了什麼事、事件如何落幕。最後，對未來危險降低計劃，請提供你目前能回想的意見，及任何可預防事件發生的想法。）	
機構 回應		
備註	本表適用對象：高雄市政府社會局及所屬家庭暴力及性侵害防治中心、受本府各級機關委託辦理家庭暴力及性侵害防治業務之民間單位。	