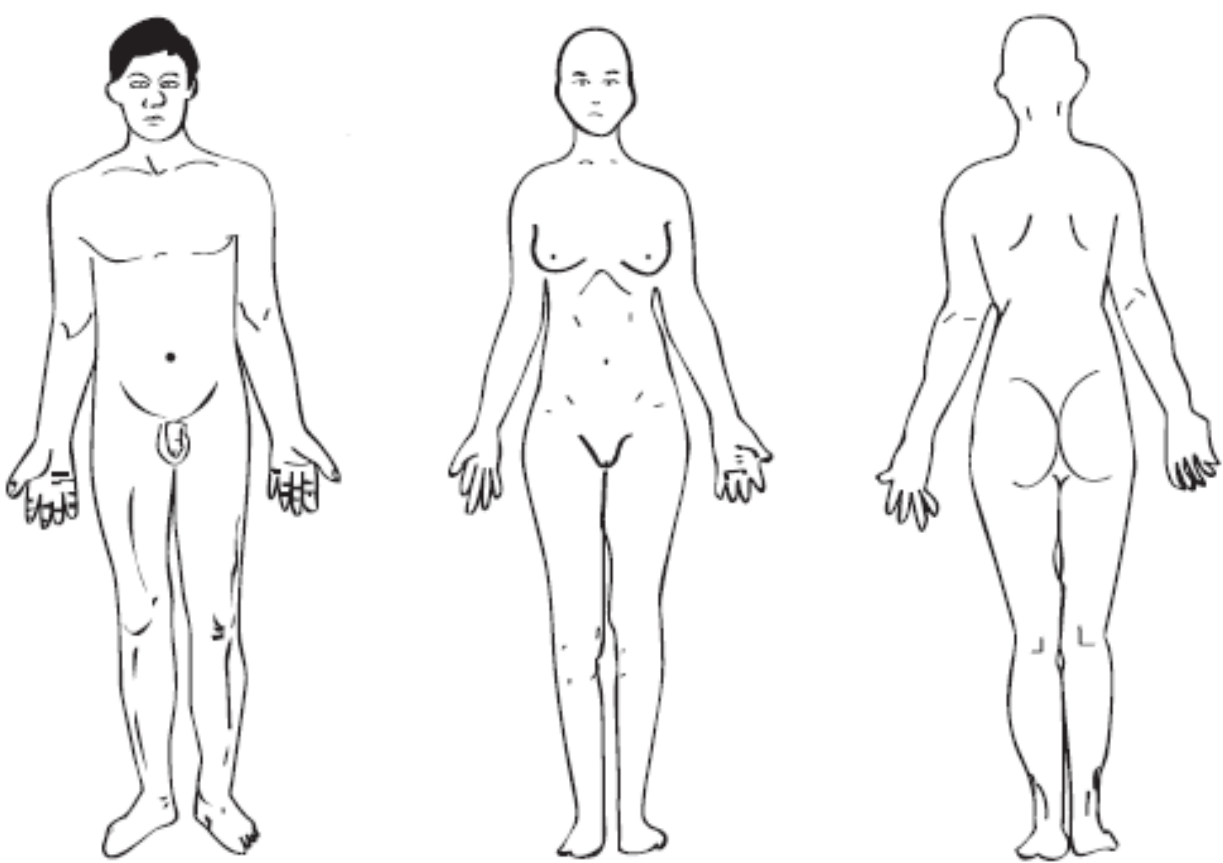
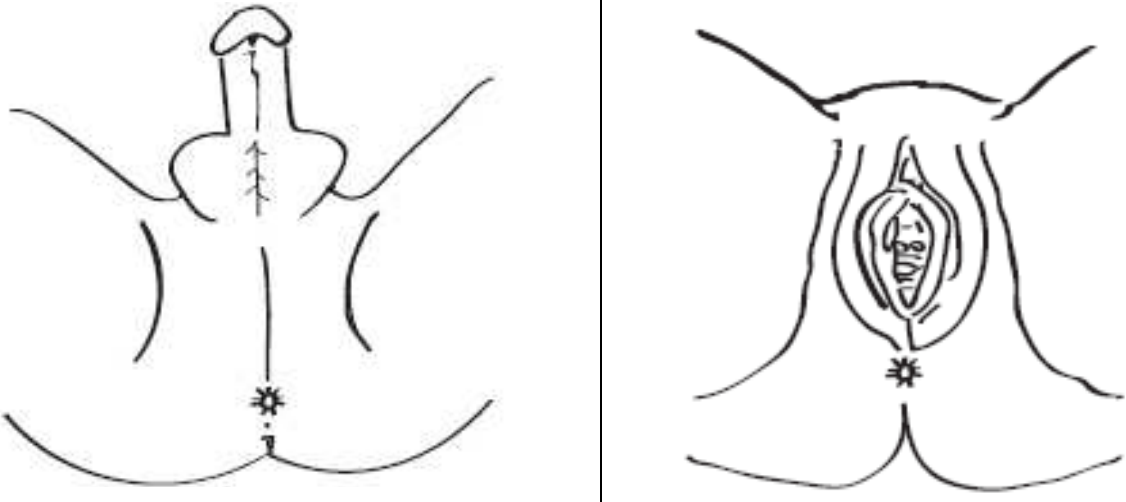
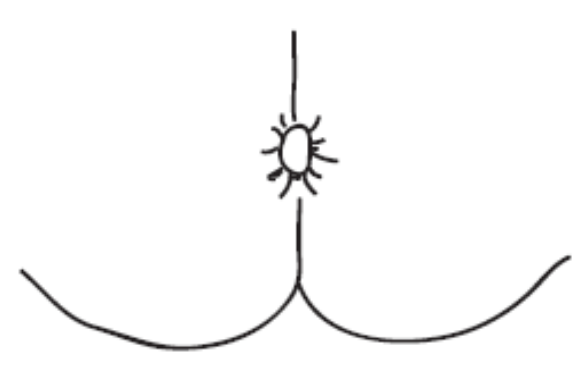


(醫療機構名稱) 受理疑似性侵害事件驗傷診斷書						
姓名			性別	☐ 女 ☐ 男	出生	民國 年 月 日
職業		國民身分證 統一編號			病歷號碼	
住址			電話		驗傷時間	年 月 日 時 分
被害 人 主 訴 (有/無請用勾選)	事件發生時間	年 月 日 時 分				
	被害人 身體傷害描述					
	來驗傷前有無沐浴、更衣、沖洗	☐ 有 ☐ 無	最近一次月經 (男性被害人免填)	年 月 日		
	事件發生時涉嫌人有無使用保險套之避孕方式				☐ 有 ☐ 無	
醫 事 檢 驗 項 目 (有/無請用勾選)	☐ 有 ☐ 無 血型 ☐ 有 ☐ 無 披衣菌檢驗 ☐ 有 ☐ 無 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					

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	(請正確註記損傷及處女膜痕關係位置及程度等)		
			

第一聯醫療機構留存（白），第二聯司法警察留存（黃），第三聯被害人留存（綠）。

驗 傷 解 析 圖				
				
中 華 民 國 年 月 日				
院長 (負責醫師)		主治醫師 (簽章)		檢診醫師 (簽章)
醫院 (診所) 地址：				
(加蓋關防或印信)				