

NO：10□-□□-□□□

病歷號：□□□□□□□□

## 兒少保護醫療服務評估表

## 基本資料

姓名		身分證字號		出生年月日:民國	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	年 齡		歲	月		
聯絡電話							
住 址							
安全聯絡人	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 其他：_____	姓名		身分證字號			
聯絡電話							
住 址							
兒少當前照顧者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 其他：_____	姓名		身分證字號			
其他協助照顧人	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	姓名		身分證字號			
兒少就學狀況	<input type="checkbox"/> 就學中 <input type="checkbox"/> 其他_____						
評估日期	年	月	日	時	分		

## 主訴及就診問題

--	--	--	--	--	--	--	--

虐待類型初步評估	評估結果，個案： <input type="checkbox"/> 無受虐之情形 <input type="checkbox"/> 疑似有受虐之情形 <input type="checkbox"/> 確定有受虐之情形							
	※上方勾選「疑似」或「確定」有受虐情形者，請繼續勾選下方選項：(可複選)							
	身體虐待： <input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確定		<input type="checkbox"/> 瘀、挫傷	<input type="checkbox"/> 咬傷	<input type="checkbox"/> 燒燙傷	<input type="checkbox"/> 肌肉骨骼傷害		
			<input type="checkbox"/> 頭部傷害	<input type="checkbox"/> 腹部傷害	<input type="checkbox"/> 其他_____			
	性虐待： <input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確定		<input type="checkbox"/> 性侵害	<input type="checkbox"/> 性騷擾	<input type="checkbox"/> 猥褻	<input type="checkbox"/> 性霸凌		
		<input type="checkbox"/> 其他_____						
精神虐待： <input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確定		<input type="checkbox"/> 排斥、貶損	<input type="checkbox"/> 威脅、恐嚇	<input type="checkbox"/> 隔離	<input type="checkbox"/> 忽視、拒絕給予			
		<input type="checkbox"/> 誘導個案使其有偏差情形	<input type="checkbox"/> 目睹家暴 <input type="checkbox"/> 其他_____					
疏忽： <input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確定		<input type="checkbox"/> 醫療疏忽	<input type="checkbox"/> 教育疏忽	<input type="checkbox"/> 身心發展疏忽	<input type="checkbox"/> 照顧者疏忽			
		<input type="checkbox"/> 其他_____						
初步處遇情形	<input type="checkbox"/> 醫療部分：_____ <input type="checkbox"/> 兒保小組建檔 <input type="checkbox"/> 兒保小組團隊成員討論 <input type="checkbox"/> 醫療團隊討論 <input type="checkbox"/> 其他醫療專科會診 <input type="checkbox"/> 社工個別會談 <input type="checkbox"/> 社區資源聯繫 <input type="checkbox"/> 提供家屬情緒支持 <input type="checkbox"/> 其他_____							

評估結果 總結			
後續建議	1.醫療部分： <input type="checkbox"/> 暫無 <input type="checkbox"/> 門診追蹤 <input type="checkbox"/> 住院治療 <input type="checkbox"/> 藥物治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____		
	2.身心部分： <input type="checkbox"/> 暫無 <input type="checkbox"/> 門診追蹤 <input type="checkbox"/> 心理衡鑑 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 兒少回診時面訪追蹤		
	3.社會功能部分： <input type="checkbox"/> 暫無 <input type="checkbox"/> 電訪追蹤 <input type="checkbox"/> 社會福利資源轉介 <input type="checkbox"/> 視需要提供諮詢及相關訊息		
	4.其他建議：_____		
主訴事件陳述			
當前事件 經歷 描述	兒少對事件之陳述：		
	<input type="checkbox"/> 不適用/不詳		
	兒少描述經歷時的在場人士：		
	<input type="checkbox"/> 不適用/不詳		
當前事件 經歷 描述	父母 / 照顧者描述的經歷：		
	<input type="checkbox"/> 不適用/不詳		
	父母 / 照顧者描述經歷時的在場人士：		
	<input type="checkbox"/> 不適用/不詳		
兒少 過去 史	出生方式	<input type="checkbox"/> 自然產 <input type="checkbox"/> 剖腹 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 足月 <input type="checkbox"/> 早產兒 <input type="checkbox"/> 不詳
	疫苗接種史	<input type="checkbox"/> 如期接種 <input type="checkbox"/> 不規則接種	<input type="checkbox"/> 無接種 <input type="checkbox"/> 不詳
	過去一年因外傷急診就醫次數：__次；診斷：_____		
	過往生理病史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 腸絞痛 <input type="checkbox"/> 燙傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 腦出血 <input type="checkbox"/> 慢性失能疾病		
	<input type="checkbox"/> 瘀傷/外傷 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 不詳		
	家族史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軟骨發育不良 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 猝死 <input type="checkbox"/> 佝僂症		
<input type="checkbox"/> 精神病史(對象/診斷)：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 不詳			
發展史	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 疑似發展遲緩 <input type="checkbox"/> 確診為發展遲緩 <input type="checkbox"/> 不詳		
	※上方勾選「疑似」或「確診」發展遲緩者，請繼續勾選下方選項：(可複選)		
	診斷類別： <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 智能發展障礙 <input type="checkbox"/> 語言發展遲緩 <input type="checkbox"/> 動作發展遲緩 <input type="checkbox"/> 亞斯伯格症		
	<input type="checkbox"/> 注意力不足缺陷過動症 <input type="checkbox"/> 情緒障礙 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 不詳		
※是否兼有其他障礙： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請勾選下方障礙類別)			
<input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 智能發展障礙 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 不詳			
相對人	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確認		
	<input type="checkbox"/> 不詳		
	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 褌母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 親戚(與兒少的關係：_____) <input type="checkbox"/> 其他_____		
後續 追蹤 情形	<input type="checkbox"/> 暫無 <input type="checkbox"/> 門診追蹤 <input type="checkbox"/> 住院治療		
填表人 職稱	姓名	民國 年 月 日	

## 生理狀況/虐待案件評估

姓名		
初步身體虐待評估	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確定 <input type="checkbox"/> 無異常	
全身檢查	身高：_____公分 / 百分位_____	體重：_____公斤 / 百分位_____
	頭圍(2歲以下)：_____公分 / 百分位_____	身體質量指數(BMI)：_____
	生命徵象：心跳_____次/分 呼吸_____次/分 血壓_____mmHG 血氧飽和度_____%	
	精神狀態： <input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 煩躁 <input type="checkbox"/> 對聲音有反應 <input type="checkbox"/> 對疼痛有反應 <input type="checkbox"/> 無意識 <input type="checkbox"/> 用鎮靜藥	
以下檢查須於第三頁圖片上標註細節、傷害形狀及位置		
皮膚損害	瘀挫傷	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 顏面 <input type="checkbox"/> 頭皮 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 前胸 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 腰側面 <input type="checkbox"/> 臀部( <input type="checkbox"/> 肛門 <input type="checkbox"/> 陰部) <input type="checkbox"/> 脛骨前 <input type="checkbox"/> 膝蓋 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 小腿 <input type="checkbox"/> 新舊雜陳瘀挫傷 <input type="checkbox"/> 其他部位：_____
	皮膚燒燙傷	燒燙傷傷口邊緣是否界線分明： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 型態： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 新燙傷 <input type="checkbox"/> 新舊雜陳燒燙傷 種類： <input type="checkbox"/> 菸品 <input type="checkbox"/> 熱水 <input type="checkbox"/> 熱油 <input type="checkbox"/> 烙印 <input type="checkbox"/> 其他_____ 部位： <input type="checkbox"/> 顏面 <input type="checkbox"/> 頭皮 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 前胸 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 腰側面 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 會陰部 <input type="checkbox"/> 四肢 其他傷口描述：_____
	咬傷	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，咬痕數量：____個 / 最大齒痕間距：_____公分 部位：_____
頭頸部傷害	眼	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 眼眶周圍血腫 <input type="checkbox"/> 結膜下出血 <input type="checkbox"/> 視網膜出血 <input type="checkbox"/> 其他_____
	耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 耳朵軟骨的瘀/挫傷 <input type="checkbox"/> 耳朵撕裂 <input type="checkbox"/> 鼻子撕裂 <input type="checkbox"/> 腦脊髓液鼻漏 <input type="checkbox"/> 其他_____
	口腔	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 瘀/挫傷 <input type="checkbox"/> 上嘴唇繫帶撕裂 <input type="checkbox"/> 舌繫帶撕裂 <input type="checkbox"/> 其他_____
	牙齒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 牙齒變色 <input type="checkbox"/> 牙齒斷裂 <input type="checkbox"/> 其他_____
	頭髮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 長短參差不齊、禿頭 <input type="checkbox"/> 圓禿 <input type="checkbox"/> 其他_____
腦部受傷	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 硬腦膜下血腫 <input type="checkbox"/> 硬腦膜上血腫 <input type="checkbox"/> 蜘蛛膜下出血 <input type="checkbox"/> 大腦出血/挫傷 <input type="checkbox"/> 小腦出血/挫傷 <input type="checkbox"/> 腦梗塞 <input type="checkbox"/> 腦水腫 <input type="checkbox"/> 腦萎縮 <input type="checkbox"/> 新舊雜陳出血 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	腹部傷害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 瘀/挫傷 <input type="checkbox"/> 肝臟破裂 <input type="checkbox"/> 脾臟破裂 <input type="checkbox"/> 十二指腸血腫或破裂 <input type="checkbox"/> 創傷性胰臟炎 <input type="checkbox"/> 腸繫膜撕裂 <input type="checkbox"/> 其他_____
骨折	骨折	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請填下二欄)
	骨折部位	<input type="checkbox"/> 顏面骨折：部位_____ <input type="checkbox"/> 顱骨骨折：類型為 <input type="checkbox"/> 線性 / <input type="checkbox"/> 複雜性。 <input type="checkbox"/> 肋骨骨折：位於 <input type="checkbox"/> 前側 / <input type="checkbox"/> 後側，數量_____ <input type="checkbox"/> 四肢長骨骨折：部位_____

NO : 10□-□□-□□□

病歷號：□□□□□□□□

	<input type="checkbox"/> 胸椎骨折或脫位 <input type="checkbox"/> 腰椎骨折或脫位 <input type="checkbox"/> 頸椎骨折或脫位 <input type="checkbox"/> 趾骨骨折：部位_____。 <input type="checkbox"/> 鎖骨骨折： <input type="checkbox"/> 左側 / <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 其他骨折_____	
骨折形式	<input type="checkbox"/> 初次骨折 <input type="checkbox"/> 同時多處骨折 <input type="checkbox"/> 不同癒合期的多處骨折 <input type="checkbox"/> 斜向骨折 <input type="checkbox"/> 螺旋骨折 <input type="checkbox"/> 粉碎性骨折 <input type="checkbox"/> 幹端骨折 <input type="checkbox"/> 其他_____	
其他形式傷害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 窒息：( <input type="checkbox"/> 結膜下出血 <input type="checkbox"/> 頭頸部充血 <input type="checkbox"/> 頸部勒痕) <input type="checkbox"/> 溺水：在何處溺水？_____ <input type="checkbox"/> 疑似代理孟喬森症候群 其他疑似症狀： <input type="checkbox"/> 反覆高血鈉 <input type="checkbox"/> 反覆低血鈉 <input type="checkbox"/> 反覆嘔吐 <input type="checkbox"/> 反覆痙攣 <input type="checkbox"/> 反覆血尿 <input type="checkbox"/> 反覆嗜睡/昏迷 <input type="checkbox"/> 反覆感染 <input type="checkbox"/> 反覆窒息 <input type="checkbox"/> 中毒：類型_____ <input type="checkbox"/> 其他_____	
驗傷解析圖		
眼底(有外傷或嬰兒突發性意識改變時需照會眼科)	<input type="checkbox"/> 未檢查 <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀(附上相關資料)	
耳膜	<input type="checkbox"/> 未檢查 <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀(附上相關資料)	
評估者簽名		科別 <input type="checkbox"/> 兒科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 婦產科 <input type="checkbox"/> 家庭醫學科 <input type="checkbox"/> 其他科別_____
評估時間	年      月      日      時      分	

## 疏忽參考檢核表

## 醫療方面：

- 受傷而延遲或未就醫。
- 疾病或傷口缺乏適當的照顧及處理。
- 孩子應就醫而未就醫(如:預防注射、嚴重皮膚病、未矯正視力等)。
- 慢性疾病未妥善治療(如:癲癇反覆發作而不給予藥物控制、嚴重糖尿病而不給予所需要的胰島素治療等)。
- 因主要照顧者或父母監督不當而受傷。
- 未給予適當的一般或牙科醫療需求
- 其他: \_\_\_\_\_

## 兒童身體表徵：

- 體重過輕或營養不良。
- 非疾病所致發育遲滯。
- 穿著不合身或不合時令。
- 經常的饑餓。
- 個人衛生不佳(如:外觀髒亂不整潔或有異味)。
- 缺乏適當刺激造成的身心發展遲緩。
- 其他: \_\_\_\_\_

## 教育方面：

- 剝奪孩子受國民義務教育的機會。
- 上學經常遲到或缺席。
- 企圖逃學。
- 學業成就低落或明顯退步。
- 在學校常常表現出很疲累或無法專注。
- 其他: \_\_\_\_\_

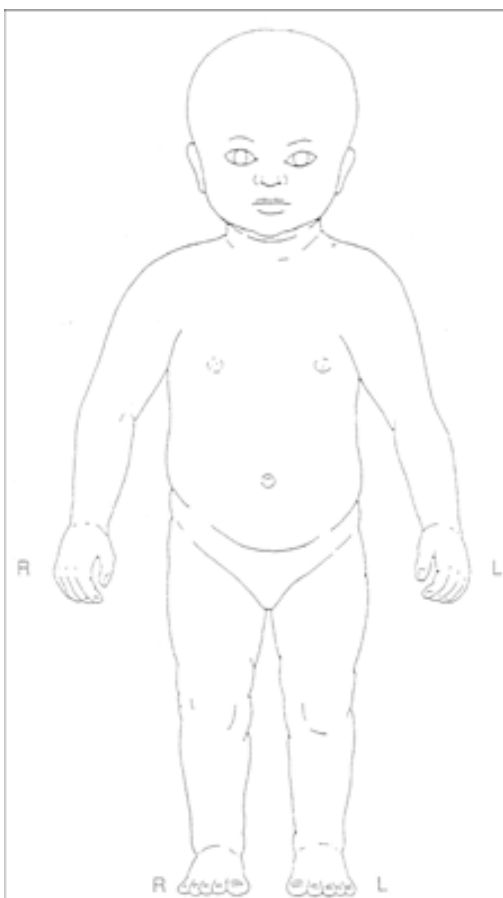
## 兒童心理與行為：

- 乞討、藏匿或偷取食物。
- 吸菸、飲酒、嚼檳榔等。
- 吸毒、行乞、偷竊、縱火等。
- 以負面方法探索或思考。
- 表現出異常的悲傷或平淡。
- 意圖自我傷害或自殺。
- 易怒、攻擊性行為。
- 表現出低自尊或對他人漠不關心。
- 不願回家、有離家出走的念頭或逃家。
- 對喜愛或刺激的事物無反應或對周遭事物不感興趣。
- 自暴自棄。
- 同儕關係不良。
- 抱怨無人照顧或關心。
- 被迫長時間工作或擔任體力應付不來的工作。
- 其他: \_\_\_\_\_

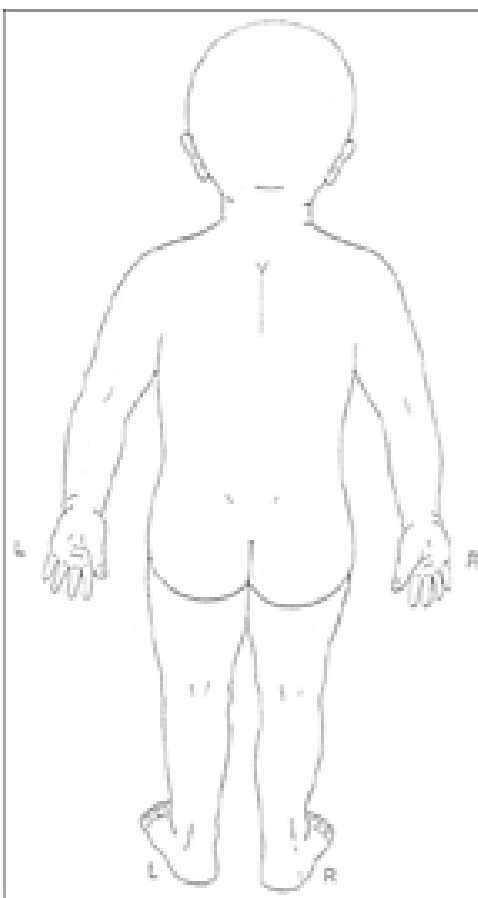
## 父母／照顧者：

- 被遺棄。
- 不願或無法提供兒童適當的食物、衣著或庇護。
- 特殊的人格特質:如自尊心低、性格粗暴、控制衝動能力差等。
- 幼年時有受虐或被暴力對待的經驗。
- 有明顯精神疾病如重度憂鬱症、躁鬱症、思覺失調症等。
- 有濫用酒精、藥物或毒品的經驗。
- 有網路成癮、人際關係困難。
- 經歷過失婚、家庭暴力、失業、經濟拮据及社會隔離。
- 家庭支持系統薄弱。
- 對小孩不支持、不理會。
- 認知或智商不足。
- 教養或照顧能力不足。
- 委託不適當的人代為照顧。
- 讓孩子處於危險的環境(如:六歲以下獨處或幼兒獨留車內等)。
- 讓孩子從事危險性的活動(如:無照駕駛或騎乘機車位戴安全帽等)其: \_\_\_\_\_

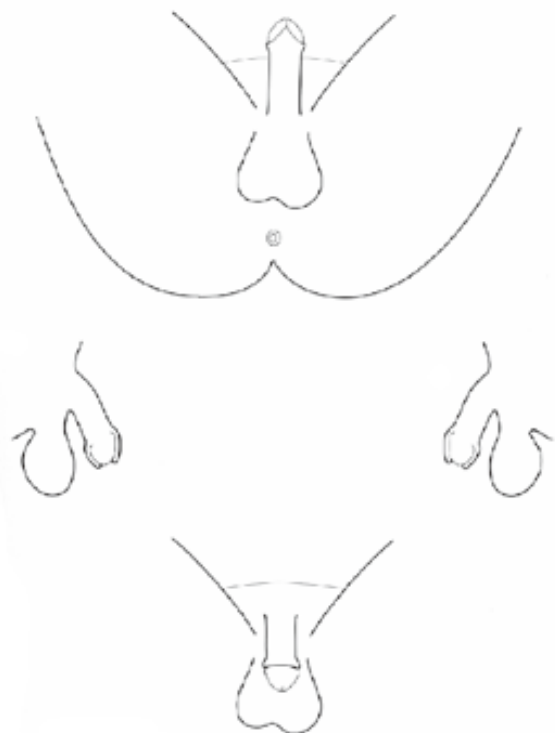
無明顯異狀 有異狀(註記位置)



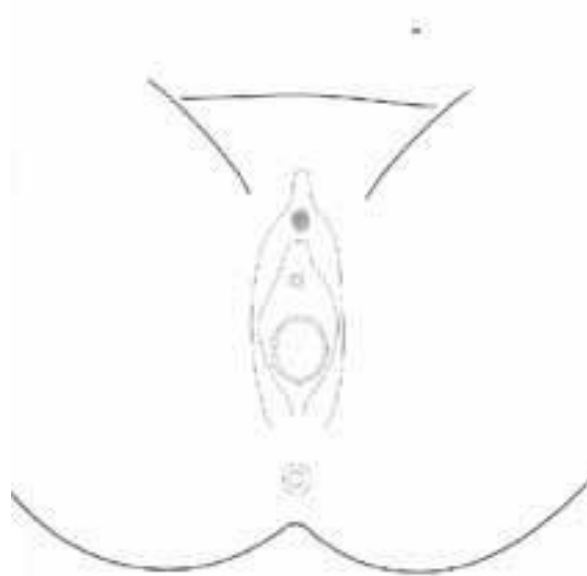
無明顯異狀 有異狀(註記位置)



無明顯異狀 有異狀(註記位置)



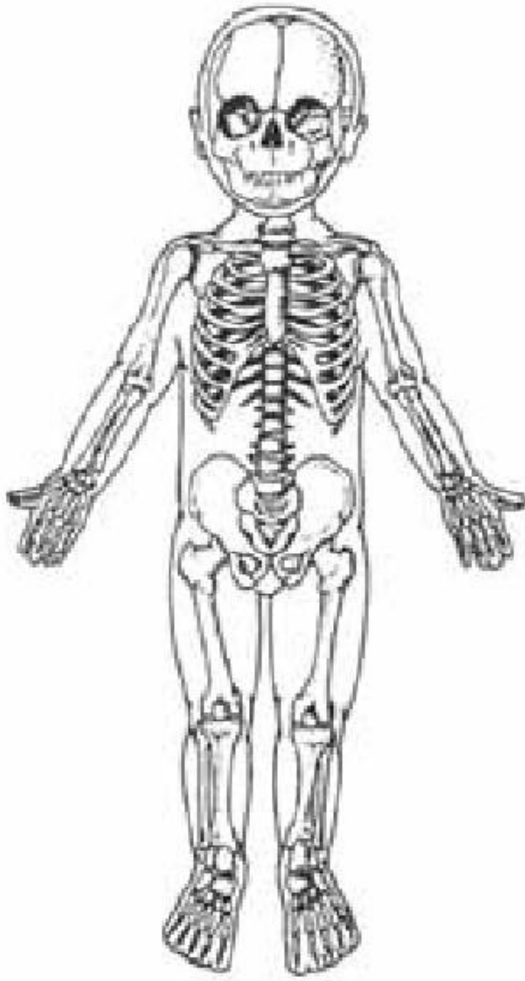
無明顯異狀 有異狀(註記位置)



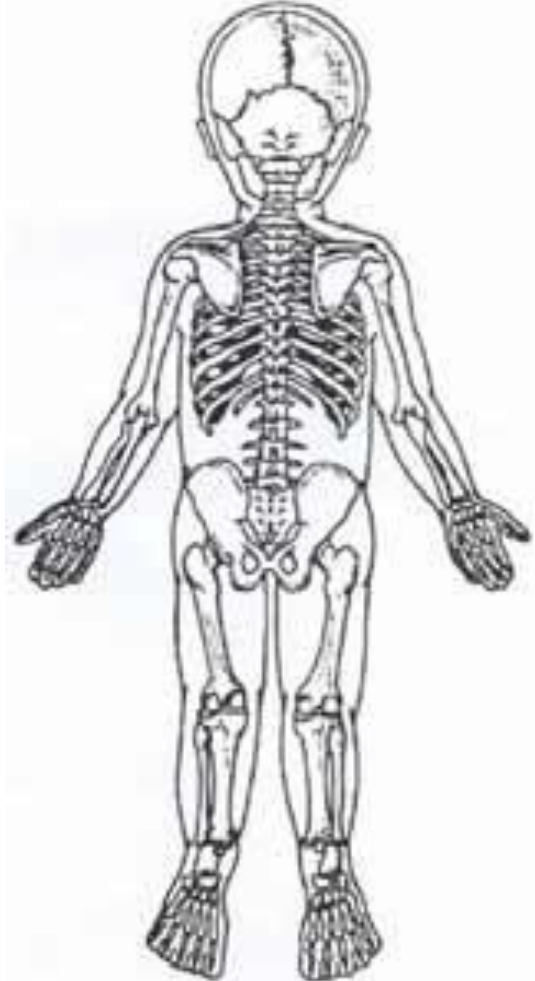
NO : 10□-□□-□□□

病歷號：□□□□□□□□

無明顯異狀 有異狀(註記位置)



無明顯異狀 有異狀(註記位置)



評估反應與  
互動過程

互動自然 害羞 不願配合 恐懼害怕 反抗尖叫  
其他：\_\_\_\_\_

身體評估  
結果總結

後續醫療  
建議

暫無  
門診追蹤 (科別：\_\_\_\_\_)  
住院治療  
藥物治療  
手術治療  
其他：\_\_\_\_\_

相關檢查照片或影像資料

## 臨床心理功能評估

姓名	
兒保類型 (主訴)	<input type="checkbox"/> 疏忽 <input type="checkbox"/> 身體虐待 <input type="checkbox"/> 性虐待 <input type="checkbox"/> 精神(情緒)虐待 <input type="checkbox"/> 目睹家暴
轉介來源	<input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 門診_____ <input type="checkbox"/> 住院_____ <input type="checkbox"/> 家防中心 <input type="checkbox"/> 他院轉介_____ <input type="checkbox"/> 其他_____
評估項目	<input type="checkbox"/> 發展評估 <input type="checkbox"/> 事件認知 <input type="checkbox"/> 智力評估 <input type="checkbox"/> 情緒狀態 <input type="checkbox"/> 性格氣質 <input type="checkbox"/> 注意力 <input type="checkbox"/> 創傷反應 <input type="checkbox"/> 其他_____
<b>主訴</b>	
(簡述兒保事件發生經過，家長態度、案主想法、轉介評估目的)	
<b>發展及健康史</b>	
包含個案出生史、發展史、生理或心理精神疾病史等資料	
<b>學校適應</b>	
學校適應：(已就學之個案在學校適應情形，包含課業表現、人際關係)	
<b>發展評估</b>	
粗細動作： 語言： 生活自理： 社會適應： 測驗工具：	
<b>智力評估</b>	
全智商： 測驗工具：	



## 氣質評估

- 人格特質：外向 內向 樂觀 壓抑 怕生慢熟 要求完美  
 活動量：過高 過低 規律性：適當 高 低  
 趨避性：適當 趨 避 適應度：適當 高 低  
 反應強度：適當 強 低 情緒本質：適當 正向 負向  
 堅持度：適當 高 低 反應閾：適當 高 低  
 注意力分散度：適當 易分散 不易分散

## 情緒/行為評估

(下列僅為舉例而非建議以勾選方式呈現，請視個案情形、評估者與個案晤談狀況、行為觀察、衡鑑工具等結果進行質性描述。進行質性描述時需注意個案相關表現的起始時間、維持時間與強烈程度。)

## 情緒層面

- 以負面方法思考探索 表現出低自尊 憂鬱/低落情緒 退縮 自殺意念  
對他人漠不關心 易怒 情緒困難控制或被安撫 緊張、焦慮  
哭泣、經常難過想哭 對喜愛或刺激的事物無反應 對週遭事物不感興趣  
無法與照顧者分離 不符合年齡的成熟或幼稚 抱怨無人關心或不被愛  
憤怒時難以平靜 仇視、敵意 強迫行為 不配合正當指示正常活動  
社會性發展遲緩或異常(如：極少或幾乎不尋求安慰、與陌生人過度親密等)  
表達對特定對象的負向感受(如：\_\_\_\_\_ ) 其他\_\_\_\_\_  
對憤怒的調節因應能力：\_\_\_\_\_

## 行為層面

- 乞討、藏匿或偷取食物 吸菸、飲酒、嚼檳榔等 吸毒、行乞、偷竊、縱火等  
攻擊、威脅或欺負弱小等 破壞或毀損物品 刻意挑釁或違反規範  
使用不當的言詞語句 不願回家，有離家出走的念頭或逃家  
被迫長時間工作或擔任體力應付不來的工作 自傷行為  
學業成就低落或明顯退步 常顯得很疲累、失神或無法專注 睡眠困擾  
抱怨身體不適(如：\_\_\_\_\_ ) 夜尿 作惡夢 自我刺激行為  
咬手指、拔頭髮 刻意吸引他人注意 同儕關係不良 其他\_\_\_\_\_  
飲食狀況：進食時程—規律 不規律 食量多 適量 少  
睡眠狀況：睡眠時程—規律 不規律 夜夢有(\_\_\_\_次/週) 無  
稍微哄一下即可入睡 躺很久才睡著 要抱著才肯睡  
哭泣行為：安撫程度—易安撫 不易安撫(持續\_\_\_\_\_分鐘)  
 哭泣強度—總是很強 有時很強 偶爾很強 很少很強  
 哭泣較強多出現在\_\_\_\_\_

**創傷反應**

(請視個案情形、評估者與個案晤談狀況、行為觀察、衡鑑工具等結果進行**質性描述**。進行質性描述時需注意個案相關表現的起始時間、維持時間與強烈程度。)

**因應行為**

(評估兒少針對兒保事件的因應行為，可從中間接了解兒少的認知/社會等資源，瞭解兒少面對問題的處理方式)

**綜合評估(依個案狀況需求進行下述相關能力評估)**

發展評估、智力/認知功能評估、社會認知/社會需求能力/社會互動的興趣、專注力與衝動控制評估、對校規、家規的遵循能力、親職效能、情緒的調節能力(強弱、時間)、自我概念、優勢能力等。

**總結與建議**

臨床心理評估之結論，評估當下所做之處置與介入，並針對心理部份提供醫療團隊、個案及相對人(如：家長、其他照顧者、相關人員…等)適當建議，並提供後續追蹤或治療計畫。

評估人員	_____臨床心理師	評估日期	_____年_____月_____日
精神科醫師簽署		日期	_____年_____月_____日

## 家庭與社會功能評估

姓名		
兒少福利身分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明（類別：_____程度：_____到期日：_____） <input type="checkbox"/> 重大傷病_____ <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 發展遲緩證明 <input type="checkbox"/> 其他_____	
兒少來源	<input type="checkbox"/> 本院_____醫師 <input type="checkbox"/> 本院_____護理師 <input type="checkbox"/> _____醫院 <input type="checkbox"/> 縣市家防中心 <input type="checkbox"/> 機構_____ <input type="checkbox"/> 教育單位_____ <input type="checkbox"/> 教保人員_____ <input type="checkbox"/> _____衛生所轉介 <input type="checkbox"/> 案家主動就醫 <input type="checkbox"/> 其他_____	
類型	<input type="checkbox"/> 疑似兒童虐待 <input type="checkbox"/> 疑似性侵害 <input type="checkbox"/> 疑似兒童疏忽 <input type="checkbox"/> 高風險家庭 <input type="checkbox"/> 目睹家暴 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
家庭型態	<input type="checkbox"/> 雙親家庭 <input type="checkbox"/> 單親家庭 <input type="checkbox"/> 繼親家庭 <input type="checkbox"/> 隔代教養 <input type="checkbox"/> 同居(類單親) <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 其他_____	
父母婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚同住 <input type="checkbox"/> 分居(原因_____ ) <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 父母無婚姻關係 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
父母親背景	父親姓名：_____ 年齡：_____ 職業：_____ 教育程度：_____ <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿 身分： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 原住民：_____ <input type="checkbox"/> 外國籍：_____ 母親姓名：_____ 年齡：_____ 職業：_____ 教育程度：_____ <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿 身分： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 原住民：_____ <input type="checkbox"/> 外國籍：_____ 其他主要照顧者：_____	
事件描述與就醫期待	事件說明 1.家庭對接受評估的態度 2.家庭對事件的認知 3.家庭對接受醫療評估的期待	
會談對象(複選)	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 其他親屬_____	
家系圖與生態圖	家系圖：(年齡、教育程度、職業、家庭組織、結構)	生態圖：

經濟及福利資源評估	1. 家庭經濟來源： <input type="checkbox"/> 工作所得 <input type="checkbox"/> 親友資助 <input type="checkbox"/> 補助：_____ 2. 家庭福利狀況： <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙福利 <input type="checkbox"/> 老人福利 <input type="checkbox"/> 兒童及少年福利 <input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 3. 經濟狀況： <input type="checkbox"/> 穩定 <input type="checkbox"/> 收支失衡 <input type="checkbox"/> 經濟困難 <input type="checkbox"/> 其他_____ 4. 運用資源能力： <input type="checkbox"/> 主動積極 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不足或不會使用資源 說明：						
家庭功能評估	1. 住屋狀況： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 寄住親友家 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 無法得知 2. 個案居住狀態： <input type="checkbox"/> 與家人同住 <input type="checkbox"/> 寄養家庭 <input type="checkbox"/> 機構安置：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ 3. 家庭壓力與危機： <input type="checkbox"/> 生活穩定 <input type="checkbox"/> 所得不穩定 <input type="checkbox"/> 高風險家庭（ <input type="checkbox"/> 有失業人口 <input type="checkbox"/> 患重病 或需長期照顧 <input type="checkbox"/> 有精神疾患 <input type="checkbox"/> 有自傷行為 <input type="checkbox"/> 有藥癮或酒癮） <input type="checkbox"/> 其他_____ 4. 家庭支持系統： <input type="checkbox"/> 穩定 <input type="checkbox"/> 需要家外協助_____ <input type="checkbox"/> 無法得知 5. 個案保護能力： <input type="checkbox"/> 個案或照顧者有能力保護個案 <input type="checkbox"/> 其他_____ 說明：						
親職及照顧能力評估	1. 照顧功能： <input type="checkbox"/> 可妥適照顧 <input type="checkbox"/> 角色分工不均 <input type="checkbox"/> 照顧者健康狀況不佳 <input type="checkbox"/> 照顧人力不足 <input type="checkbox"/> 照顧者壓力調適不良 2. 教養態度： <input type="checkbox"/> 對兒童少年期待合理 <input type="checkbox"/> 須調整期待與要求_____ <input type="checkbox"/> 無法評估 3. 親職能力： <input type="checkbox"/> 有適當的照顧能力 <input type="checkbox"/> 有適當的管教知識 <input type="checkbox"/> 需加強照顧或管教能力_____ 4. 是否有可幫助照顧孩子或輔導之人： <input type="checkbox"/> 有_____ <input type="checkbox"/> 無 說明：						
問題與需求	個案： <input type="checkbox"/> 緊急安置 <input type="checkbox"/> 後續醫療協助 <input type="checkbox"/> 早期療育 <input type="checkbox"/> 就學問題 <input type="checkbox"/> 保護令聲請 <input type="checkbox"/> 戶籍問題 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 家庭： <input type="checkbox"/> 福利資源連結 <input type="checkbox"/> 情緒關懷 <input type="checkbox"/> 經濟補助 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 就業輔導 <input type="checkbox"/> 居住問題 <input type="checkbox"/> 法律協助 <input type="checkbox"/> 藥酒癮戒治 <input type="checkbox"/> 自殺高風險通報 <input type="checkbox"/> 其他：_____						
處遇計畫及建議	<input type="checkbox"/> 協助或轉介經濟補助 <input type="checkbox"/> 提供相關資訊（含醫療、教育） <input type="checkbox"/> 轉介安置：_____ <input type="checkbox"/> 提供情緒支持 <input type="checkbox"/> 強化親職能力 <input type="checkbox"/> 提供法令諮詢 <input type="checkbox"/> 提供福利諮詢 <input type="checkbox"/> 改善居住問題 <input type="checkbox"/> 提供就業資訊 <input type="checkbox"/> 轉介相關服務：_____ <input type="checkbox"/> 通報（家防中心、高風險服務） <input type="checkbox"/> 早療通報 <input type="checkbox"/> 其他通報：_____ <input type="checkbox"/> 追蹤安排：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ 說明：（包括預防再發）						
評估單位	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"></td> <td style="width:33%; text-align: center;">社工師(員)</td> <td style="width:33%;"></td> </tr> <tr> <td style="width:33%;"></td> <td style="width:33%; text-align: center;">評估時間</td> <td style="width:33%; text-align: center;">____年____月____日</td> </tr> </table>		社工師(員)			評估時間	____年____月____日
	社工師(員)						
	評估時間	____年____月____日					