

(醫療機構名稱)

# 受理家庭暴力事件驗傷診斷書 (參考格式)

97年8月13日衛署醫字第0970209711號公告

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	出生	民國 年 月 日
職業		身分證 字號		病歷號碼	
住址				電話	
驗傷時間	民國 年 月 日 時 分				
受 害 人 主 訴	事件發生時間	民國 年 月 日 時 分			
	身體傷害描述				
	依受害者主訴,以何種外力造成之傷害(徒手、工具或不詳)				
檢 查 結 果  (受傷之部位形狀程度)	頭面部				
	頸肩部				
	胸腹部				
	背臀部				
	四肢部				
	陰部				
	其他部位				

身分證字號欄：若無身分證則可填居留證號碼或護照號碼。

驗

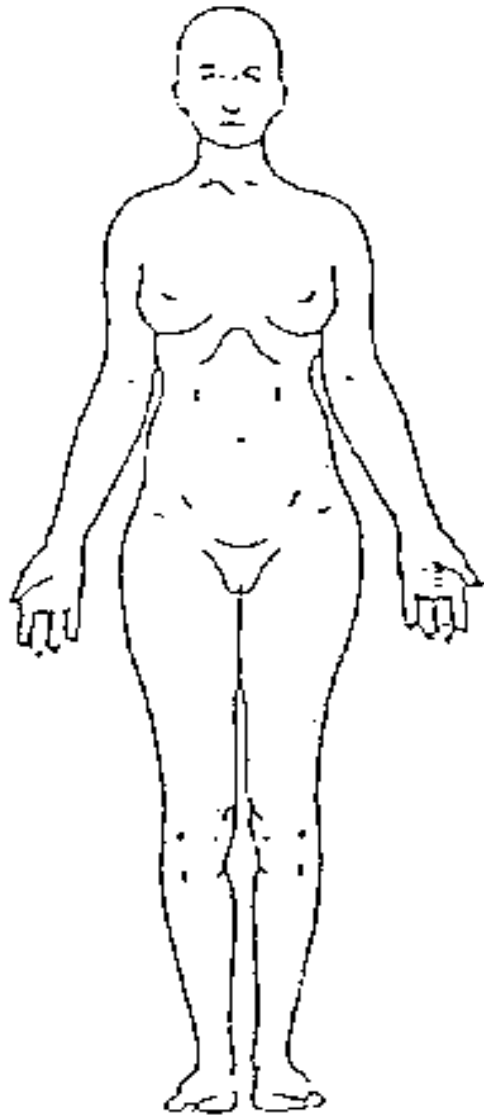
傷

解

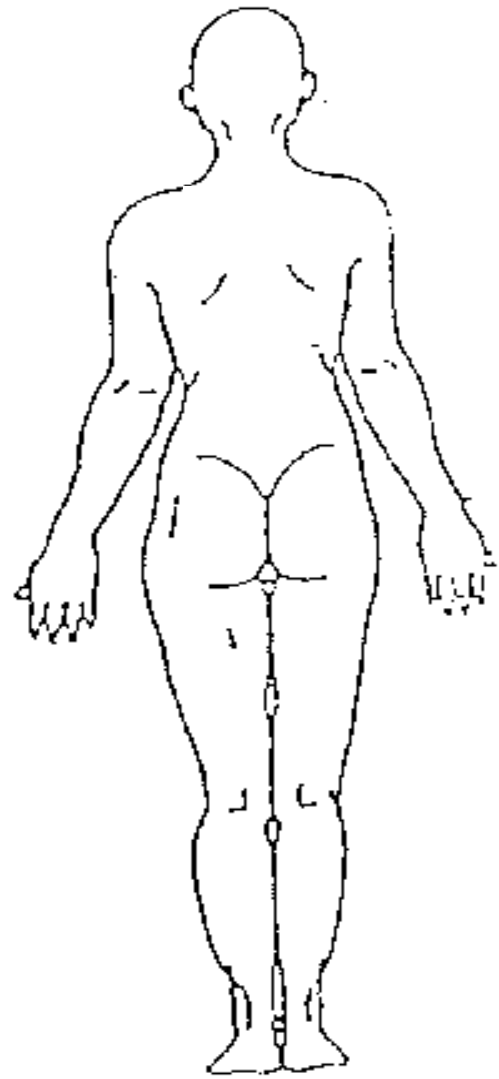
析

圖

(請以紅筆正楷註記損傷位置及程度等)



正面



背面

中 華 民 國 年 月 日

院長  
(負責醫師)

科主任  
(簽章) (主治醫師)

檢診  
(簽章) 醫師

(簽章)

醫院(診所)地址：

(加蓋關防或印信)