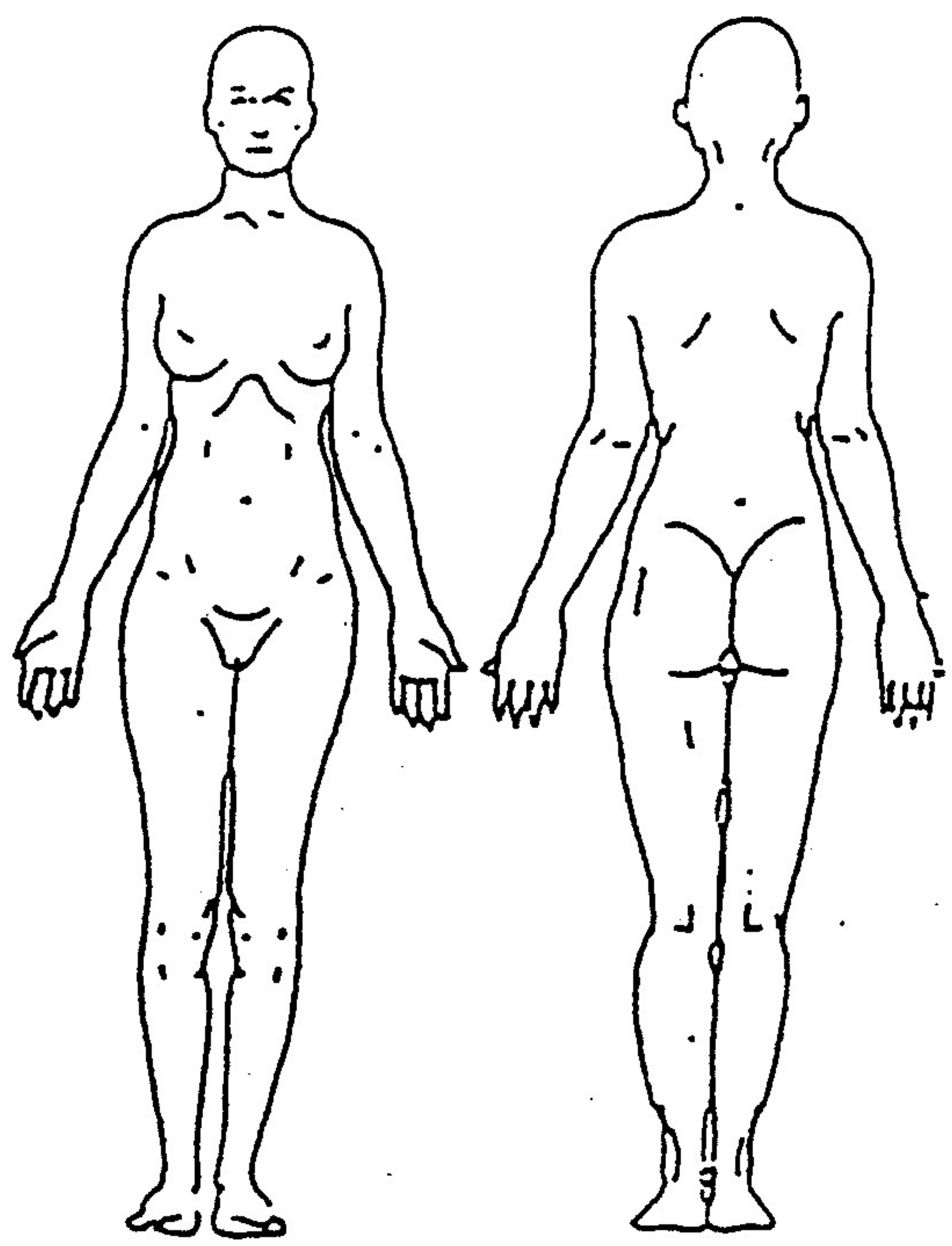
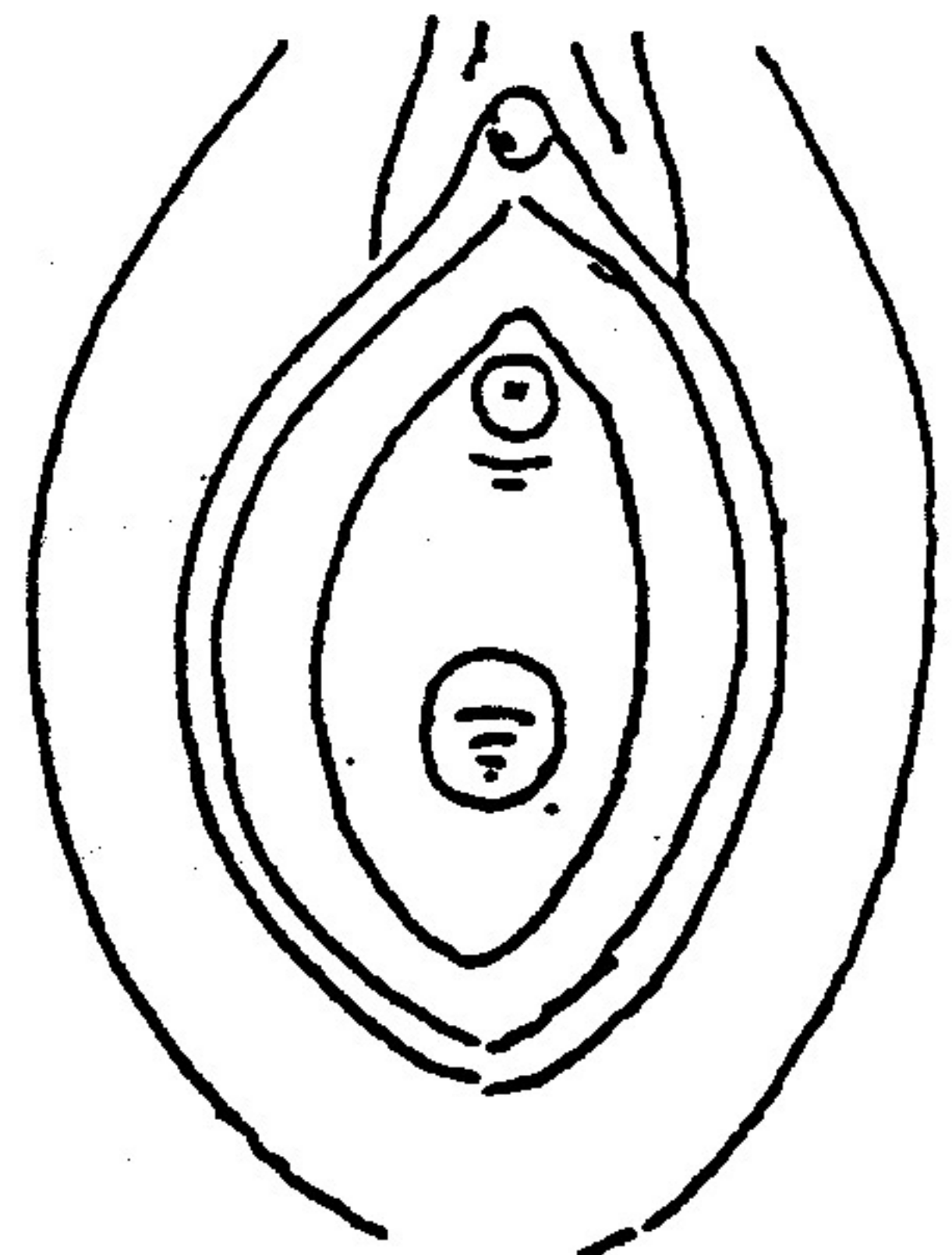
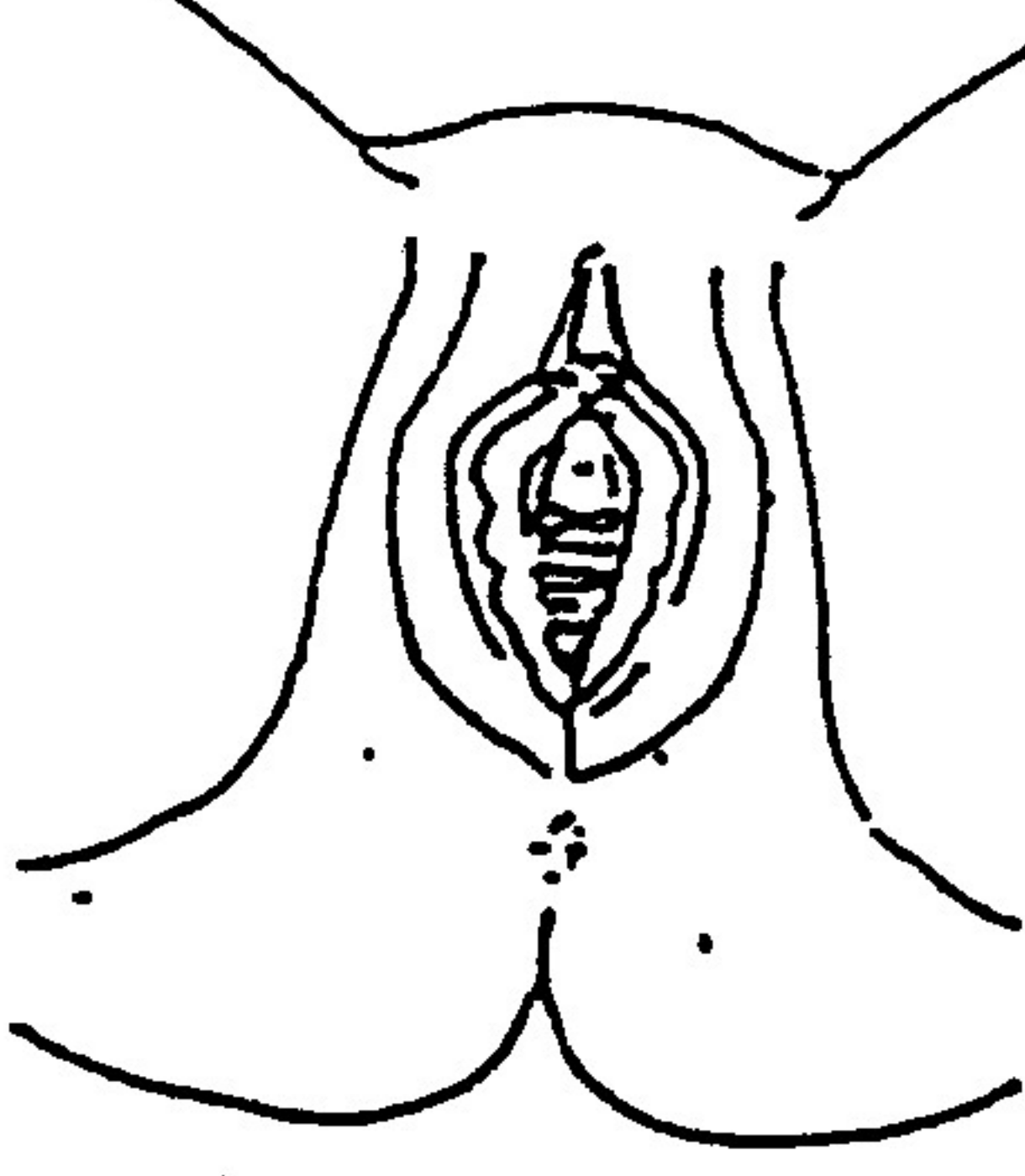
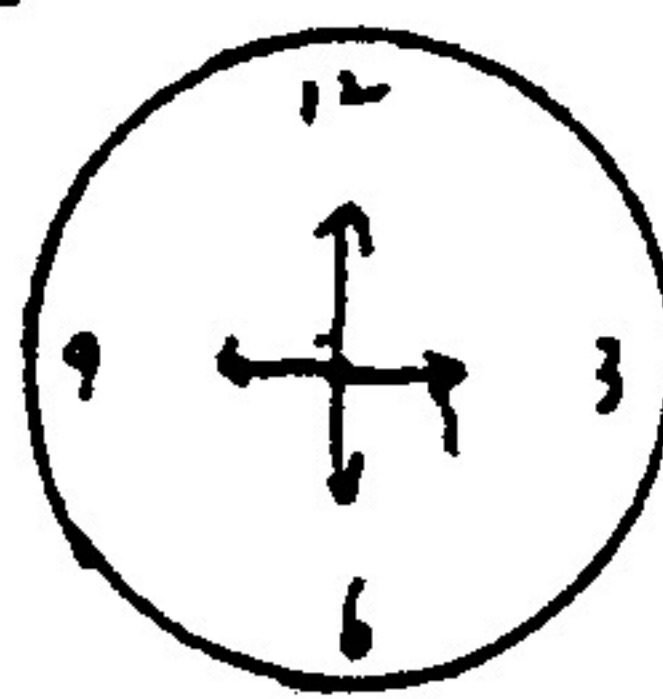


(醫療機構名稱)

受理性侵害事件驗傷診斷書

字第

號

姓名	性別	出生 國民 年 月 日	身分證 字 號	病歷 號碼	年 月 日
職業	住址	事件發生 時間 年 月 日	身體傷害 描述	驗傷 時間	時 分
送主人驗受 (選勾用請有/無)		來驗傷前有無沐浴、更衣、沖洗：有/無 事件前最近一次性交：有/無，時間： 最後一次月經(男性受驗人免填)：年 月 日 有無使用避孕方式：有/無			
醫學檢驗 (選勾用請作未/已)		協助證物蒐集 (選勾用請作未/已)			
血型：() 已/未	B型肝炎檢驗 已/未	身體上之精液或分泌物：已/未 何處	擦拭精液污點 已/未	照相：張 已/未	指甲抓痕：何處 已/未
精子游動抹片 已/未	AIDS檢驗 已/未	陰毛梳理物：根 已/未	尿液中藥品之測定 已/未	血液酒精或藥品之測定 已/未	精液類型測驗 已/未
梅毒血清檢驗 已/未	(檢驗結果請另見病歷)	他其 位部	門肛	部陰	部肢四
淋病檢驗 已/未					
檢驗結果檢 (度程狀形位部之傷)					
部面頭	部肩頸	部腹胸	部背腎		
					
圖一					
					
圖二					
					
圖三					
					
圖四(肛門)					
斷論		圖析解傷驗			
其他	致傷之可能原因				

中 華 民 國

年 月 日

診 所

醫 院

診 所

院長：

(負責醫師)

(簽章)

科主任
(主治醫師)

(簽章) 檢診醫師：

(簽章)

(加蓋關防或印信)

電話：