

六歲以下兒童死亡原因檢核表

填表日期： 年 月 日

死者姓名 尚未命名者填○○ ○之子(女)	<input type="checkbox"/> 未知	身分證 字號	案號	
出生時間： 年 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 未知	死亡時間： 年 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 未知	事件發生時間及地點： 年 月 日 時 分 (<input type="checkbox"/> 推定 <input type="checkbox"/> 發現) <input type="checkbox"/> 未知 地址及處所：		
主要照顧者	<input type="checkbox"/> 姓名： <input type="checkbox"/> 不明 身分證統一編號： 出生年月日： 職業： 有無前科： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 家庭暴力 <input type="checkbox"/> 性侵害 <input type="checkbox"/> 毒品 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 照護者身分： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 褌母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 外祖父 <input type="checkbox"/> 外祖母 <input type="checkbox"/> 繼父 <input type="checkbox"/> 繼母 <input type="checkbox"/> 同居人 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
次要照顧者 (無則免填)	<input type="checkbox"/> 姓名： 身分證統一編號： 出生年月日： 職業： 有無前科： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 家庭暴力 <input type="checkbox"/> 性侵害 <input type="checkbox"/> 毒品 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 照護者身份： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 褌母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 外祖父 <input type="checkbox"/> 外祖母 <input type="checkbox"/> 繼父 <input type="checkbox"/> 繼母 <input type="checkbox"/> 同居人 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
過去史(依現有證據填寫)	<input type="checkbox"/> 1. 發展史： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 疑似發展遲緩，依據：_____ <input type="checkbox"/> 曾診斷為發展遲緩 是否兼有其他障礙： <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"/> 2. 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 <input type="checkbox"/> 3. 過往病史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 腸絞痛 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 燙傷 <input type="checkbox"/> 腦出血 <input type="checkbox"/> 慢性失能疾病 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 4. 過去一年因外傷就醫次數：_____；就醫院所：_____ 診斷：_____			
是否為自然死亡	<input type="checkbox"/> 是，依照病歷，死因為：_____ (以下欄位免填) <input type="checkbox"/> 否，(請繼續填寫以下欄位)			
案件發生地點類型	住宅： <input type="checkbox"/> 死者住宅 <input type="checkbox"/> 加害者住宅 <input type="checkbox"/> 第三人住宅 公共集會： <input type="checkbox"/> 體育館 <input type="checkbox"/> 演藝場所 <input type="checkbox"/> 大眾運輸工具 <input type="checkbox"/> 車站/機場/港口 商業： <input type="checkbox"/> 辦公室 <input type="checkbox"/> 金融機構 <input type="checkbox"/> 娛樂場所 <input type="checkbox"/> 商場 <input type="checkbox"/> 餐廳 <input type="checkbox"/> 旅館 工業： <input type="checkbox"/> 工廠 <input type="checkbox"/> 倉儲 休閒文教： <input type="checkbox"/> 圖書館 <input type="checkbox"/> 展示場所 <input type="checkbox"/> 健身美容 <input type="checkbox"/> 學校 宗教及殯葬場所： <input type="checkbox"/> 寺廟/教堂 <input type="checkbox"/> 殯葬場所 醫療社福： <input type="checkbox"/> 醫院/診所 <input type="checkbox"/> 老年/長期照護機構 <input type="checkbox"/> 托育/幼兒園 <input type="checkbox"/> 產後護理機構 政府機構： <input type="checkbox"/> 行政機關 <input type="checkbox"/> 立法機關 <input type="checkbox"/> 司法機關 <input type="checkbox"/> 軍事機關 開放空間： <input type="checkbox"/> 道路(含私人交通工具) <input type="checkbox"/> 廣場 <input type="checkbox"/> 山林 <input type="checkbox"/> 河川 <input type="checkbox"/> 農地 <input type="checkbox"/> 海岸 <input type="checkbox"/> 游泳池 <input type="checkbox"/> 公園 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 不明			
事故種類(可複選)	<input type="checkbox"/> 車禍，死者身分為： <input type="checkbox"/> 行人 <input type="checkbox"/> 駕駛 <input type="checkbox"/> 乘客(有無使用安全座椅或安全帽， <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 車種 <input type="checkbox"/> 機車 <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 搭乘位置 _____ <input type="checkbox"/> 遭他人攻擊，利用： <input type="checkbox"/> 物品 <input type="checkbox"/> 身體部位，傷勢新舊雜陳： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 遭動物攻擊，該動物為： <input type="checkbox"/> 飼養 <input type="checkbox"/> 流浪/野生動物 <input type="checkbox"/> 燒燙傷，致傷物為：_____，受傷部位：_____，傷勢邊界是否明顯： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跌落事故，跌落高度：_____			
<input type="checkbox"/> 溺水，在何處溺水：_____				<input type="checkbox"/> 窒息，致窒息物：_____

	<input type="checkbox"/> 觸電，在何處觸電：_____ <input type="checkbox"/> 中毒，可疑毒物名稱：_____ <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 醫療糾紛或醫療事故 <input type="checkbox"/> 其他_____
通報紀錄	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 兒少保護 <input type="checkbox"/> 性侵害 <input type="checkbox"/> 家庭暴力 <input type="checkbox"/> 其他_____）
疑似兒童虐待檢核(身體虐待部分)	<input type="checkbox"/> 過去一年內超過3次以上因外傷就醫 <input type="checkbox"/> 外傷有不合常理的延遲就醫，無正當理由解釋 <input type="checkbox"/> 供述與相驗結果不符 <input type="checkbox"/> 非意外性或不明原因的兒童骨折及頭部外傷或顱內損傷 <input type="checkbox"/> 身體非突出處有新舊損傷，無正當理由解釋 <input type="checkbox"/> 相驗時見能顯示器物形狀之模式傷(Patterned injury)或其他暴力傷害，無正當理由解釋 <input type="checkbox"/> 其他：_____
疑似兒童虐待檢核(性侵害部分)	<input type="checkbox"/> 相驗時檢視死者衣物，發現： <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 精斑 <input type="checkbox"/> 相驗時檢視死者口腔、外陰部及肛門。 發現： <input type="checkbox"/> 外傷，位置_____，類型_____ <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 身體其他部位損傷，位置_____，類型_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
疑似兒童虐待檢核(精神虐待部分)	<input type="checkbox"/> 有證據顯示曾遭不合常理的排斥、威脅、恐嚇或與外界隔離 <input type="checkbox"/> 曾有自傷/自殺行為 <input type="checkbox"/> 其他：_____
疑似兒童虐待檢核(忽視部分)	<input type="checkbox"/> 疾病延遲就醫或缺乏適當照護 <input type="checkbox"/> 未接受預防接種 <input type="checkbox"/> 營養狀態不良 <input type="checkbox"/> 衛生狀況不佳 <input type="checkbox"/> 讓孩童處於危險環境(如6歲以下獨處或幼兒獨留車內)，簡述：_____ <input type="checkbox"/> 讓孩童從事危險活動，簡述：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
兒童虐待評估(可複選)	<input type="checkbox"/> 非兒童虐待 <input type="checkbox"/> 疑似身體虐待 <input type="checkbox"/> 疑似精神虐待 <input type="checkbox"/> 疑似性虐待 <input type="checkbox"/> 疑似嚴重忽視
蒐證項目檢核	<input type="checkbox"/> 保存相關證物 <input type="checkbox"/> 病歷紀錄 <input type="checkbox"/> 保險資料 <input type="checkbox"/> 採集指甲 <input type="checkbox"/> 採集血液/尿液 無名屍相驗時採集： <input type="checkbox"/> 血液/牙齒/骨骼/其他 DNA 檢體 疑似性侵害者相驗時採集： <input type="checkbox"/> 陰道棉棒 <input type="checkbox"/> 肛門棉棒 <input type="checkbox"/> 口腔棉棒 <input type="checkbox"/> 其他_____
備註	

註：本表僅依填表時已存在之證據填寫，正確死亡資料仍依後續司法調查為準。

檢察官：_____ 填表人：_____