

附件一

個人資料侵害事故通報紀錄表			
醫院名稱：  _____  _____	通報時間： 年 月 日 時 分 通報人： _____ 簽名(蓋章) 職稱： 電話： Email： 地址：		
知悉事故之來源	<input type="checkbox"/> 自主發現： 年 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 接獲機關 _____ (名稱) 通報，通 報日期： 年 月 日		
事故發生時間			
事故發生種類	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> 竊取  <input type="checkbox"/> 洩漏  <input type="checkbox"/> 竄改  <input type="checkbox"/> 毀損  <input type="checkbox"/> 滅失  <input type="checkbox"/> 其他侵害事故                         </td> <td style="width: 40%;">                             個人資料侵害之總筆數(大約)                              _____ 筆  <input type="checkbox"/> 一般個人資料 _____ 筆  <input type="checkbox"/> 特種個人資料 _____ 筆                         </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 竊取 <input type="checkbox"/> 洩漏 <input type="checkbox"/> 竄改 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 其他侵害事故	個人資料侵害之總筆數(大約) _____ 筆 <input type="checkbox"/> 一般個人資料 _____ 筆 <input type="checkbox"/> 特種個人資料 _____ 筆
<input type="checkbox"/> 竊取 <input type="checkbox"/> 洩漏 <input type="checkbox"/> 竄改 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 其他侵害事故	個人資料侵害之總筆數(大約) _____ 筆 <input type="checkbox"/> 一般個人資料 _____ 筆 <input type="checkbox"/> 特種個人資料 _____ 筆		
發生原因及事件摘要			
損害狀況			
個人資料外洩可能結果			

採取之因應措施	
通知當事人之時間及方式	
是否於發現個資外洩後七十二小時通報主管機關	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，理由：

註1：上開欄位之各項資訊若尚未明確者，得先填寫「不明」，並敘明預定完成時間。

註2：欄位資料為「不明」者，請依預定完成時間內，將後續處置作業之通報內容更新，函報直轄市、縣(市)主管機關。