

## 財團法人台北市婦女救援社會福利事業基金會

## 目睹家庭暴力兒少個案轉介表

一、個案基本資料		
案主(兒少)姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號：
出生年月日：	就讀學校：	年級：
主要照顧者姓名：	與案主關係：	
聯絡電話： (住家) (手機)	戶籍地址：	
	聯絡地址：	
二、轉介必要條件(需符合以下四項條件)		
<input type="checkbox"/> 需設籍或實際居住台北市(北投區、士林區、中山區、松山區、萬華區、中正區)		
<input type="checkbox"/> 18歲以下之兒童及少年		
<input type="checkbox"/> 目前或三年內曾經目睹家庭暴力(指家庭內成人間的暴力)		
<input type="checkbox"/> 監護人之一方同意案主接受本會服務		
三、案主目睹暴力史		
<b>最近一次目睹暴力發生時間與事件</b>		
年 月 日 狀況簡述(含案主當下因應方式)：		
是否仍與相對人同住？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否： <input type="checkbox"/> 相對人已離家 <input type="checkbox"/> 案主暫住庇護所 <input type="checkbox"/> 案主已遷出 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
案主目睹暴力頻率		目睹暴力型式
<input type="checkbox"/> 本次是單一次目睹暴力事件 <input type="checkbox"/> 偶爾，共__次 <input type="checkbox"/> 經常發生，發生頻率：_____		<input type="checkbox"/> 親眼看到 <input type="checkbox"/> 間接聽到 <input type="checkbox"/> 事後觀察到
案主第一次目睹暴力年齡(單選)		目睹暴力類型
<input type="checkbox"/> 本次是初次目睹 <input type="checkbox"/> 自學齡前(3-6)歲開始 <input type="checkbox"/> 自學齡期(6-12)歲開始 <input type="checkbox"/> 自青少年期(12-18)開始		<input type="checkbox"/> 肢體傷害(暴力) <input type="checkbox"/> 言語傷害(咒罵/貶低) <input type="checkbox"/> 精神虐待(威脅/恐嚇) <input type="checkbox"/> 性暴力 <input type="checkbox"/> 其他_____
四、案主身心反應		
<input type="checkbox"/> 生理問題(如：疲倦、失眠、注意力不集中) 說明：_____		
<input type="checkbox"/> 心理問題(如：焦慮、悲傷、沮喪、罪惡感、憤怒、恐懼) 說明：_____		
<input type="checkbox"/> 行為問題(如：退縮、攻擊、依賴、黏人) 說明：_____		
<input type="checkbox"/> 學校適應問題(如：人際關係不良、學業成就低落、學習進度落後) 說明：_____		
<input type="checkbox"/> 其他：_____		

## 五、家系圖

## 六、案家家庭概況(含婚暴史/目睹暴力史/支持系統/社工評估處遇..等)

## 七、轉介期待

- 目睹暴力輔導會談
  陪同服務(出庭、就醫、就學)
  轉介個別/親子諮商  
 團體輔導
  親職教育/親子關係諮詢
  其他\_\_

轉介單位		轉介日期	
轉介單位 聯絡方式	(地址)	轉介者簽章	
	(電話)	主管簽章	
	(傳真)		

傳真轉介單:02-2834-4561  
 確認轉介單電話號碼:02-2834-7045