

臺東縣衛生局長期照顧服務異常事件通報單

收件日期(由本局填寫)：_____通報編號(由本局填寫)：_____

通報階段：	<input type="checkbox"/> 初報 <input type="checkbox"/> 續報 <input type="checkbox"/> 結案
通報日期	
通報者資料	單位：_____職稱：_____姓名：_____
與事件有關聯服務類別：	<input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 日間照顧/小規模多機能 <input type="checkbox"/> 家托服務 <input type="checkbox"/> 專業服務 <input type="checkbox"/> 交通接送 <input type="checkbox"/> 輔具及居家無障礙環境改善服務 <input type="checkbox"/> 喘息服務 <input type="checkbox"/> 送餐服務 <input type="checkbox"/> 個案管理 <input type="checkbox"/> 照管中心 <input type="checkbox"/> 其他_____
異常事件受害者基本資料：	姓名：_____ 身分證字號：_____
居住鄉鎮市：	<input type="checkbox"/> 台東市 <input type="checkbox"/> 卑南鄉 <input type="checkbox"/> 延平鄉 <input type="checkbox"/> 鹿野鄉 <input type="checkbox"/> 關山鎮 <input type="checkbox"/> 海端鄉 <input type="checkbox"/> 池上鄉 <input type="checkbox"/> 太麻里鄉 <input type="checkbox"/> 金峰鄉 <input type="checkbox"/> 達仁鄉 <input type="checkbox"/> 大武鄉 <input type="checkbox"/> 東河鄉 <input type="checkbox"/> 成功鎮 <input type="checkbox"/> 長濱鄉 <input type="checkbox"/> 綠島鄉 <input type="checkbox"/> 蘭嶼鄉
事件發生地點：	
事件發生日期：	____年____月____日____時____分； <input type="checkbox"/> 不知道
與事件有關聯的單位	
與事件有關聯的人員	<input type="checkbox"/> 照服員 <input type="checkbox"/> 專業人員 <input type="checkbox"/> 交通服務人員 <input type="checkbox"/> 喘息服務人員 <input type="checkbox"/> 輔具服務人員 <input type="checkbox"/> 送餐服務人員 <input type="checkbox"/> 照管專員 <input type="checkbox"/> 個管人員 <input type="checkbox"/> 其他_____
事件類別	服務過程中 <input type="checkbox"/> 照顧意外事件 <input type="checkbox"/> 藥物事件 <input type="checkbox"/> 治安事件 <input type="checkbox"/> 傷害行為事件 <input type="checkbox"/> 公共意外 <input type="checkbox"/> 違反專業倫理守則者 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ 不限服務時段，知悉時即通報 <input type="checkbox"/> 疑似家庭暴力事件暨性侵害責任通報 <input type="checkbox"/> 自殺(含意圖)、自傷事件 <input type="checkbox"/> 傳染病通報 <input type="checkbox"/> 疑似性騷擾事件
事發經過說明：	

此事件發生後的立即處理（可複選）	<input type="checkbox"/> 無介入→ ○不需任何處理 ○拒絕處置 ○其他，請說明：_____
	<input type="checkbox"/> 送醫治療 <input type="checkbox"/> 予以慰問及支持 <input type="checkbox"/> 通報相關機關_____

☐已於24小時內完成家庭暴力暨性侵害事件責任通報
☐已通報自殺防治中心
☐其他，請說明：_____

業管單位回覆欄位

一、 回覆日期：

二、 查辦結果：

☐持續列管。

☐加會照管人員。

☐查辦後結案。

其他說明：

—————虛線上方，承核完畢，回覆人員請回覆通報單位—————

回覆人員：

科長：

臺東縣衛生局長期照顧科聯絡方式：

電話：089-310400 傳真號碼：089-333112