

____年度社會工作人員之人身安全環境、設施設備項目暨危害事件調查表

單位名稱：		聯絡電話(含分機)：	填表人(職稱)：
貴單位職稱為社工員（師）總人數：____人		聯絡信箱(Email)：	填表日期： 月 日
一、社會工作人員之人身安全環境			
建立機制與因應措施（ ☐ 有， ☐ 沒有。）		提供教育訓練（ ☐ 有， ☐ 沒有。）	
☐ 制定風險分析管理、危機處理流程及通報機制。 ☐ 辦理社工人員人身安全個案會議及追蹤改善情形。 ☐ 建立特殊個案風險預測機制。 ☐ 建立與警政連繫機制。 ☐ 支付員工心理諮商費用。 ☐ 提供訴訟諮詢及補助。 ☐ 協助職業災害、意外等保險之請領。		☐ 參加中央人身安全相關訓練課程 ☐ 參加縣內辦理各單位人身安全相關訓練課程 ☐ 其他，請說明	
定期檢查情形：第一季：____月____日，第二季：____月____日， 第三季：____月____日，第四季：____月____日。		定期檢查情形：第一季：____月____日，第二季：____月____日， 第三季：____月____日，第四季：____月____日。	
二、提供社工人員相關設施設備項目（請依實際提供填報）			
單位購(配)置人身安全具備之設施設備項目（ ☐ 有， ☐ 沒有。）			當年增加設施設備項目
☐ 門禁系統 ☐ 監視器 ☐ 錄音錄影設備 ☐ 會談室警報系統 ☐ 緊急按鈕 ☐ 視線死角反射鏡			☐ 安全警報器 ☐ 行車設備（如汽機車行車紀錄器等） ☐ 加強照明設備（如緊急燈光照明等） ☐ 蜂鳴器或高音哨子 ☐ 噴霧防身器 ☐ 其他：請說明
定期檢查情形：第一季：____月____日，第二季：____月____日，第三季：____月____日，第四季：____月____日。			請說明： ☐ 自籌款購買 ☐ 申請補助 ☐ 其他(如捐贈等) 名稱： 數量：
定期檢查情形：第一季：____月____日，第二季：____月____日，第三季：____月____日，第四季：____月____日。			
三、社工人員遭受執業安全危害事件(請依社會工作人員遭受執業安全危害事件調查說明填報)			

建立社工人員遭受執業安全危害事件通報機制 (☒ 有， ☐ 沒有。)														
☐ 通報窗口 ☐ 通報流程 ☐ 通報作業表格 ☐ 使用中央通報機制 ☐ 使用縣內通報機制 ☐ 其他														
當年度社會工作人員遭受執業安全危害事件調查														
事發地點			危害型態		口頭辱罵		遭受威脅		肢體暴力		其他		未發生或遭受 前述危害(人 數)	備註(處理情形)
			人數	人次	人數	人次	人數	人次	人數	人次				
事業場所														
事業外場所	公共場所	醫院												
		學校												
		法院												
		其他												
	私人場所	案家												
		其他												
總計														
其他(類危害型態/地點)請說明														

填表人簽章：

單位主管核章：