

法務部矯正署○○看守所(○○分所)被告施以固定保護紀錄表

日期： 年 月 日

單位		編號		姓名		罪名	
審查人員	審查內容						人員核章
戒護人員	<p>一、施用日期時間： 年 月 日 時 分</p> <p>二、施以固定保護事由：</p> <p>三、施以固定保護依據：</p> <p>(一)<input type="checkbox"/>依羈押法第十八條第二項第一款，認被告有： <input type="checkbox"/>脫逃之虞<input type="checkbox"/>自殘之虞<input type="checkbox"/>暴行之虞<input type="checkbox"/>擾亂秩序之虞。</p> <p>(二)<input type="checkbox"/>依羈押法第十八條第二項第二款，認被告有救護必要，非管束不能預防危害。</p> <p>四、約束工具種類及數量：</p> <p><input type="checkbox"/>四肢約束帶 付<input type="checkbox"/>腹腰部約束帶付<input type="checkbox"/>約束手套 付</p> <p><input type="checkbox"/>胸部約束帶付<input type="checkbox"/>其他_____ 付</p> <p>五、頭部是否施用護具：<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否</p> <p>六、是否為先行施以固定保護： <input type="checkbox"/>是（核准之看守所長官：_____）。 <input type="checkbox"/>否。</p> <p>七、為羈押之法院是否裁定核准施以固定保護： <input type="checkbox"/>是。<input type="checkbox"/>否。原因：</p> <p>八、是否已通知衛生科人員： <input type="checkbox"/>是，時間：_____ <input type="checkbox"/>否，原因：</p>						
醫事人員	<p>一、被告身心狀況評估意見：</p> <p>(一)本次進入矯正機關時有無癲癇發作史？<input type="checkbox"/>無<input type="checkbox"/>有</p> <p>(二)反應其肢體或脊椎神經或骨骼問題？<input type="checkbox"/>無<input type="checkbox"/>有</p> <p>(三)肢體上有無洗腎之動靜脈瘻管？<input type="checkbox"/>無<input type="checkbox"/>有，瘻管位置</p> <p>(四)施以保護性約束工具處是否有外傷？<input type="checkbox"/>無<input type="checkbox"/>有，外傷位置：</p> <p>(五)是否有反映有就醫需求？<input type="checkbox"/>否<input type="checkbox"/>是，處置情形：</p> <p>二、經評估被告身心狀況有無終止或變更施以固定保護之必要： <input type="checkbox"/>無。 <input type="checkbox"/>被告因_____有終止之必要。 <input type="checkbox"/>被告因_____有變更之必要，建議變更措施為：</p>						
看守所長官	<p><input type="checkbox"/>無終止或變更之必要。</p> <p><input type="checkbox"/>終止被告之固定保護。</p> <p><input type="checkbox"/>變更被告固定保護之約束工具種類及數量如下：</p> <p><input type="checkbox"/>四肢約束帶 付<input type="checkbox"/>腹腰部約束帶付<input type="checkbox"/>約束手套 付</p> <p><input type="checkbox"/>胸部約束帶付<input type="checkbox"/>其他_____ 付</p>						
戒護人員	<p>一、終止日期時間： 年 月 日 時 分</p> <p>二、終止固定保護事由：</p>						
首長	<p>一、備查。</p> <p>批示意見：</p>						