

法務部矯正署○○監獄(○○分監)受刑人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	一、施用日期時間： 年 月 日 時 分 二、施以固定保護事由： 三、施以固定保護依據： (一) <input type="checkbox"/> 依監獄行刑法第二十三條第一項第一款，認受刑人有： <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。 (二) <input type="checkbox"/> 依監獄行刑法第二十三條第一項第二款，認受刑人有救護必要，非管束不能預防危害。 四、約束工具種類及數量： <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 <input type="checkbox"/> 胸部約束帶 付 <input type="checkbox"/> 其他_____ 付 五、頭部是否施用護具： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 六、是否為先行施以固定保護： <input type="checkbox"/> 是 (核准之監獄長官： _____)。 <input type="checkbox"/> 否。			
監獄長官	是否核准施以固定保護： <input type="checkbox"/> 是。 <input type="checkbox"/> 否。原因：			
戒護人員	是否已通知衛生科人員： <input type="checkbox"/> 是，時間： <input type="checkbox"/> 否，原因：			
醫事人員	一、受刑人身心狀況評估意見： (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 (二) 反應其肢體或脊椎神經或骨骼問題？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (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： (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： (五) 是否有反映有就醫需求？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，處置情形： 二、經評估受刑人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"/> 受刑人因_____有終止之必要。 <input type="checkbox"/> 受刑人因_____有變更之必要，建議變更措施為：			
監獄長官	<input type="checkbox"/> 無終止或變更之必要。 <input type="checkbox"/> 終止受刑人之固定保護。 <input type="checkbox"/> 變更受刑人固定保護之約束工具種類及數量如下： <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 <input type="checkbox"/> 胸部約束帶 付 <input type="checkbox"/> 其他_____ 付			
戒護人員	一、終止日期時間： 年 月 日 時 分 二、終止固定保護事由：			
首長	一、備查。 批示意見：			