

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	<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。</p> <p>(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。</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 (核准之監獄長官： )。  <input type="checkbox"/> 否。</p>						
監獄長官	<p>是否核准施以固定保護：</p> <p><input type="checkbox"/> 是。 <input type="checkbox"/> 否。原因：</p>						
戒護人員	<p>是否已通知衛生科人員：</p> <p><input type="checkbox"/> 是，時間：</p> <p><input type="checkbox"/> 否，原因：</p>						
醫事人員	<p>一、受刑人身心狀況評估意見：</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、經評估受刑人身心狀況有無終止或變更施以固定保護之必要：</p> <p><input type="checkbox"/> 無。</p> <p><input type="checkbox"/> 受刑人因_____有終止之必要。</p> <p><input type="checkbox"/> 受刑人因_____有變更之必要，建議變更措施為：</p>						
監獄長官	<p><input type="checkbox"/> 無終止或變更之必要。</p> <p><input type="checkbox"/> 終止受刑人之固定保護。</p> <p><input type="checkbox"/> 變更受刑人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>						