

失 蹤 兒 童 少 年 個 案 通 報 單

一、個案基本資料					
姓名		出生日期	年 月 日	性別	
身份證號碼		失蹤日期	年 月 日	失蹤年齡	
報案人姓名		聯絡電話 與地址		與失蹤者 關係	
失蹤地點	1. <input type="checkbox"/> 自宅 2. <input type="checkbox"/> 學校 3. <input type="checkbox"/> 街道 4. <input type="checkbox"/> 車上 5. <input type="checkbox"/> 車站 6. <input type="checkbox"/> 醫院 7. <input type="checkbox"/> 運動場所 8. <input type="checkbox"/> 娛樂場所 9. <input type="checkbox"/> 百貨公司 10. <input type="checkbox"/> 傳統市場 11. <input type="checkbox"/> 親友處 12. <input type="checkbox"/> 其它				
失蹤原因	1. <input type="checkbox"/> 遷出未報或按址遷入 2. <input type="checkbox"/> 隨父母或親屬離家 3. <input type="checkbox"/> 離家出走 4. <input type="checkbox"/> 意外災害 5. <input type="checkbox"/> 迷途走失 6. <input type="checkbox"/> 上下學未歸 7. <input type="checkbox"/> 智障走失 8. <input type="checkbox"/> 精神異常走失 9. <input type="checkbox"/> 被拐(抱) 10. <input type="checkbox"/> 空難海難 11. <input type="checkbox"/> 其它_____				
二、個案特徵					
身高：	公分	體重：	公斤	髮型：	慣用手：
戴眼鏡：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 鏡架 <input type="checkbox"/> 隱型	血型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB	常用語言：	
身體特徵：(痣、疤痕、胎記、其他)			健康情形： <input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 特殊疾病_____		
小孩衣物及隨身物品特徵：					
三、案情摘要					
四、通報單位					
單位名稱			轉介日期	年 月 日	
連絡人		電話		傳真	
備註					

失蹤兒童少年資料管理中心 台中市 403 自由路一段 98-1 號 2 樓

行政電話 04-22265905 電話傳真 04-22202312 E-mail: missing@cwlf.org.tw