

關懷e起來通報流程

以兒少保、高風險通報頁面為例：

通報人	通報人身份*	<input type="text"/>	受理單位*	選擇受理縣市 <input type="text"/> 家庭暴力暨性侵害防治中心						
	通報單位	<input type="text"/>	通報人員	<input type="text"/>						
	單位名稱	<input type="text"/>	受理單位是否需回覆通報單位	<input type="text"/>						
	姓名*	<input type="text"/>	職稱	<input type="text"/>						
	電話*	<input type="text"/>	電子郵件	<input type="text"/>						
通報之兒童及少年	姓名*	<input type="text"/>	性別	<input type="text"/>						
		出生日期	民國 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 (<input type="text"/> 歲)							
	身分證號	<input type="text"/>	國籍別	<input type="text"/>						
	就學狀況	<input type="text"/>	教育程度	<input type="text"/> (就讀學校: <input type="text"/>)						
	身心狀況	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊 <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聾 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者 <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聾 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 非身心障礙者								
	住宅電話◎	<input type="text"/>	公司電話◎	<input type="text"/>						
		行動電話◎	<input type="text"/>							
	戶籍地址◎	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 村 <input type="text"/> 鄰 <input type="text"/> 路 <input type="text"/> 段 <input type="text"/> 巷 <input type="text"/> 弄 <input type="text"/> 號之 <input type="text"/> <input type="text"/> 樓之 <input type="text"/> <input type="text"/> 室								
	居住地址◎	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 村 <input type="text"/> 鄰 <input type="text"/> 路 <input type="text"/> 段 <input type="text"/> 巷 <input type="text"/> 弄 <input type="text"/> 號之 <input type="text"/> <input type="text"/> 樓之 <input type="text"/> <input type="text"/> 室								
		<input checked="" type="checkbox"/> 加入手足								
手足	刪除	姓名	性別	民國	出生年	月	日	年齡	國籍別	其他相關資訊
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	民國	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

註：姓名或出生年需填寫，否則該筆資料將不會被儲存。