

医政管理规范之一

病历 书写规范

Writing Standards
for Medical Records

第2版

主编·季国忠 杨莉



东南大学出版社
SOUTHEAST UNIVERSITY PRESS

医政管理规范之一

病历书写规范

(第2版)

东南大学出版社

·南京·

图书在版编目(CIP)数据

病历书写规范 / 季国忠, 杨莉主编. —2 版.

—南京: 东南大学出版社, 2015. 3 (2015. 6 重印)

ISBN 978-7-5641-4713-6

I. ①病… II. ①季… ②杨… III. ①病案—
书写规则 IV. ①R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 318381 号

东南大学出版社出版发行

(南京四牌楼 2 号 邮编 210096)

出版人: 江建中

江苏省新华书店经销

南京京新印刷厂印刷

开本: 710mm×1000mm 1/16 印张: 29.5 字数: 545 千字

ISBN 978-7-5641-4713-6

2015 年 3 月第 2 版 2015 年 6 月第 22 次印刷

印数: 170001~180000 册 定价: 50.00 元

(凡因印装质量问题, 可直接向营销部调换。电话: 025—83791830)

医政管理规范编委会

主任委员 王咏红

副主任委员 唐维新 黄祖瑚 李少冬

委 员

(以下按姓氏笔画顺序排列)

王 虹	王 莉	王 骏	朱春燕	许 斌
张国瑞	张金宏	张镇静	陈卫平	陈小康
陈 志	陈德玉	邵 教	季国忠	周卫兵
胡宁彬	胡建伟	侯建全	俞伟男	俞 军
徐开林	高建林	韩光曙	程崇高	滕皋军
潘淮宁	霍孝蓉			

《病历书写规范》

(第2版)

编 委 会

主 编 季国忠 杨 莉

副主编 顾 民 韩光曙 倪松石

编 委 (按姓氏笔画顺序排列)

王 林	王晓东	仇永贵	仇晓明	叶 葵	冯继锋
许 斌	孙蓉蓉	杨国斌	杨建平	李 燕	吴昌平
沈正善	张尤历	张淑芬	陈吉祥	陈 凯	陈莹莹
范晓娜	单 清	赵莉萍	荣良忠	胡晓翔	施 辉
姜柏生	姜星火	顾玉明	顾帮朝	徐道亮	高 鹏
浦福兴	蒋光裕	曾因明	霍孝蓉	戴 林	

再版序言

没有规矩，不成方圆。规范正是对个人、组织思维和行为进行约束的规矩和标准。医疗卫生是为人类健康服务的行业，其建设、发展、管理、服务行为等尤其应该有规可依、有章可循、有标可贯，以相应的规范和标准来指导、约束、监管、考核、评价。多年来，国家层面上制定了医政管理、医疗服务管理等一系列法律、法规、核心制度、规范、标准，为了更好地落实国家的相关规定，建立和完善我省医政管理及医院建设管理的规范，自上世纪 80 年代开始，原江苏省卫生厅先后组织编写了《病历书写规范》等多部医政管理规范、临床操作常规、诊疗技术标准；2002 年起，原江苏省卫生厅又对已有规范等进行了梳理，结合江苏医政、医院工作实际，委托省医院协会组织进行大面积修改、重编、补缺，到 2009 年，相继出台了 23 部医政管理规范，形成系列而广泛应用于医疗行业。多年的实践证明，这些规范、常规、标准具有较强的科学性和实用性，对加强医院科学管理、提高医疗护理质量、保障医疗安全，发挥了良好作用，并成为医疗机构和医务人员依法执业、规范行为的重要依据，成为医院工作科学化、标准化、精细化、信息化的重要保证。

随着时代的进步，医学科学技术日新月异，群众医疗服务需求不断提高，医疗卫生法律法规体系进一步健全，在实际执行规范、常规、标准等的过程中，其中有的不合时宜的内容已经作了调整，形成了一些新的规范、常规和标准。为此，江苏省卫生和计划生育委员会继续委托省医院协会，组织专家对这些规范进行再修订、再出版。再版后的医政管理系列规范不仅涵盖现行的医疗卫生法律、法规、规章、规范、常规、标准等，还注重吸取临床、医技以及管理等各专业领域的新理论、新技术、新成果，既与医院实际工作相契合，又考虑到行业发展前景，具有较强的操作性，能较好满足医政管理和临床工作的需要，内容更全、更新、更细、更实。再版的医政管理系列规范将继续成为我省广大医政管理工作者、各级各类医疗机构和广大医务工作人员今后一段时期工作的指南、行为的遵循，对于深化医院各项改革、促进医疗机构发展、提高医疗质量水平、规范医务人员行为、保障医疗安全等进一步发挥重要作用。同时也可作为医学院校卫生管理、医政管理以及临床、医技和护理等专业教学的参考用书。

衷心感谢支持、参加医政管理系列规范修订再版的医政、医院管理者以及各专业专家、教授。在修订再版过程中,由于受水平等诸多因素限制,难免有不足之处,敬请提出宝贵意见和建议。

江苏省卫生和计划生育委员会主任

王咏红

2015年1月

第一版序言

医政管理规范、临床操作常规、诊疗技术标准是医院工作和医务人员医疗行为的重要依据,是医院工作科学化、规范化、制度化、标准化和重要保证。自20世纪80年代初以来,我厅陆续出台了《病历书写规范》等多部医政管理规范、临床操作常规和诊疗技术标准。多年的实践证明,这些规范、常规、标准具有一定的科学性和实用性,对加强医院科学管理、提高医疗护理质量、保障医疗安全,发挥了良好作用。面对医疗卫生法律法规逐步健全,当代医学科学技术迅猛发展,先进临床诊断技术的广泛应用,医学模式转变,人民群众医疗服务需求不断提高等新形势,原有的规范、常规、标准有不少不相适应之处,急需进行修订、完善。为此,我厅在原有规范和广泛征求意见的基础上,组织有关专家,历时一年多修改、编写了医政管理规范、临床操作常规和诊疗技术标准,并将陆续出版发行。这一系列规范、常规、标准除了在文字上力求精练、明确外,在内容上尽量体现“全面、新颖、实用”三大特色。所谓“全面”,是指内容涵盖了现有施行的医疗卫生法律、法规、规章、规范、常规、标准;所谓“新颖”,是指吸取了临床、医技等各学科、领域的新理论、新技术、新成果,适应了医疗卫生管理法律、法规的新规定、新要求、新举措;所谓“实用”,是指从当前医院管理和临床、医技工作的实际出发,力求切实可行,同时又适当考虑到发展的前景,既立足江苏,又面向全国,以便更好地适应医政管理和医院工作的需要。这一系列的规范、常规和标准,是各级医政管理工作、各级各类医院和广大医务人员今后一段时期工作的指南、行为的向导、管理的规范、诊疗的依据,对深化医院各项改革、加强医院科学管理、提高医疗技术水平、规范医务人员行为、保障医疗安全必将发挥重要作用。同时,这一系列规范、常规和标准也可作为医学院校卫生管理专业、临床、医技和护理等专业老师、学生教学参考用书。

由于修订、编写的水平等诸多因素限制,难免有未尽之处,敬请提供意见,以便进一步完善、提高。对参加修订、编写的各位医政和医院管理工作、临床专家、教授的辛勤劳动和奉献精神,在此深表谢意!

唐维新

2002年11月

再版前言

病历属于医药卫生科技档案,是国家档案的重要组成部分。

病历是对患者疾病发生、发展、诊断、治疗、护理、转归等情况的客观和系统的记录,反映医疗机构医疗行为的全过程。翔实、完整的病历不仅可以为医疗、教学和科研提供丰富的临床资料,也是衡量医疗质量、医院管理能力的重要内容,同时也是医疗事故鉴定、医疗保险赔付的重要法定依据。病历书写是各级临床医务人员的基本技能,也是医疗工作中的重要环节。统一病历格式,规范书写要求,提高书写质量,目的在于使病历更真实地记录医疗过程,更全面地反映医疗质量,是加强医疗质量控制的重要手段,也是医院现代化管理的重要内涵之一。原江苏省卫生厅于 1981 年组织编写了《病历书写规范》(以下简称《规范》),并分别于 1987 年、1996 年和 2003 年根据原卫生部(国家卫生和计划生育委员会)的相关规定进行了三次修订。《规范》的实施,对全省各级各类医院病历书写和管理工作起到了积极的促进作用,为开展医院分级管理和医院评审评价等工作奠定了基础,为加强医疗质量管理,提高临床医疗、教学和科研工作水平创造了条件。

随着医院管理模式和服务功能结构的变化、国家法制建设的不断完善以及医学科学技术的发展,对病历书写和病历管理提出了新的要求,原《规范》已不能完全适应当前临床工作的需求。根据原卫生部(国家卫生计生委)印发的《病历书写基本规范》、《电子病历基本规范(试行)》和《卫生部关于修订下发住院病案首页的通知》等相关文件,江苏省卫生计生委再次委托江苏省医院协会组织病历质控及医院管理专家,进行了第四次修订。

本次修订工作,在保持原有基本框架和内容的原则下,结合当前医疗机构管理和医疗质量管理面临的新形势和新特点,增补了近年来等级医院评审标准中的相关内容以及电子病历的相关规范等。如:增加了门诊病人复诊病历书写要求、急诊留观病历的书写格式与要求、日间病房病历的书写要求;增加了关于病情评估、住院 30 天以上的全科室大查房记录、输血记录、有创操作记录、临床路径相关记录、检验检查同城互认、器官移植、出院后检验检查报告单回报需要改变诊疗方案的相关记录等。对涉及知情同意以及医患沟通方面的问题也做了更为细化的书写要求。为减轻临床一线医务人员的工作负担、提高工作效率,在保证医疗安全和医疗质量的前提下,精简了一些内容,删除了麻醉前小结而代之以麻醉术前术后访视记录,增加了一些表格式病历模板,同

时也为使医务人员更好地掌握相关法律知识,增加了法律摘要章节。

《规范》是医务人员病历书写的标准,也是医院管理的主要标准之一,医疗机构和医务人员应认真贯彻执行,并以此作为考核评价医疗服务质量的依据。本《规范》在执行过程中可能还会遇到一些新的问题,希望及时沟通反馈,以便今后进一步修订,使之渐臻完善。

在本次《规范》修订的过程中,得到了江苏省人民医院、南京医科大学第二附属医院、东南大学附属中大医院、南京鼓楼医院、南通大学附属医院、苏州大学附属第一医院、徐州医学院附属医院、江苏大学附属医院、江苏省中医院、江苏省口腔医院、江苏省肿瘤医院、江苏省临床检验中心、江苏省护理学会、常州市第一人民医院、淮安市第一人民医院、扬州市第一人民医院、苏州大学附属第二医院、苏州大学附属儿童医院、南京市第一医院、南京市第二医院、南京市儿童医院、南京市口腔医院、南京市妇幼保健院、江苏省中医药局以及相关法律人士和部分省级专科质控中心等单位的大力支持,在此一并感谢。

编者

2015年1月

第一版前言

病历属于医药卫生科技档案,是国家档案的重要组成部分。

病历是医疗工作的全面记录,客观地反映疾病诊断、治疗及其转归的全过程。在现代医院管理中,病历作为医疗活动信息的主要载体,不仅是医疗、教学、科研的第一手资料,而且也是综合评价医院医疗质量、技术水平、管理水平的依据。发生医疗事故争议时,病历还是举证的法律书证,是判定责任的重要证据之一。统一病历格式,规范书写要求,提高书写质量,是提高医务人员业务素质的基本途径和加强医疗质量控制的重要环节,也是医院现代化建设的重要内涵之一。江苏省卫生厅 1981 年编印的《江苏省病历书写规范》(以下简称《规范》),1987、1996 年又先后作了两次修订并分别下发执行后,对全省各级各类医院病历书写和管理工作的进行起到了促进作用,为开展医院分级管理和医院评审工作奠定了基础,为加强医疗质量管理,提高临床医疗、教学和科研工作水平创造了条件。

随着医院改革的深化和医学科学技术的发展,医院管理模式和服务功能结构的变化以及国家法制建设的不断完善,对病历书写和病历管理提出了新的要求,原《规范》已不能完全适应临床工作的需要。为强化医务人员基本功训练,规范医务人员诊疗行为;有利于医学科学水平的提高与发展;体现时代特征、社会进步和学术发展;有利于医政管理,适应《医疗事故处理条例》实施的新形势;把病历书写与病历管理纳入先进科学管理及法制管理轨道,江苏省卫生厅委托江苏省医院管理学会组织全省各大医院的部分临床医学专家和医院管理者,对原《规范》进行第三次修订。鉴于国内尚缺乏病历书写与病历管理的专著,本书作为补阙正式出版发行。

这次对《规范》的修改,在保持原书基本框架和内容的原则下,增补了一些新的内容,特别是充分体现了《医疗事故处理条例》的要求,删除了一些比较繁琐的内容,减少了不必要的重复,增加了表格式病历,以适应实际工作的需要。

《规范》是医务人员病历书写的标准,又是医院管理的标准,医疗机构和医务人员应认真贯彻执行,并以此作为考核评价医疗服务质量的依据。

由于医院改革不断深化,医学科学技术不断发展,医院管理水平不断提高,《规范》仍会面临新问题,我们将注意总结经验,以便今后进一步修订,使之更臻完善。

在《规范》修订过程中,得到江苏省人民医院、南京医科大学第二附属医

院、苏州大学附属第一医院、苏州大学附属第二医院、苏州大学附属儿童医院、南通医学院附属医院、徐州医学院附属医院、东南大学附属中大医院、中国医学科学院皮肤病医院、江苏省肿瘤医院、江苏省口腔医院、南京市鼓楼医院、南京市第一医院、南京市第二医院、南京市脑科医院、南京市儿童医院、南京市口腔医院、南京市妇幼保健院、南京市胸科医院、江苏省中医药局、江苏省护理学会、江苏省临床检验中心、无锡市卫生局、常州市卫生局、南通市卫生局、盐城市卫生局、镇江市卫生局、泰州市卫生局等单位的支持,在此一并感谢。

江苏省卫生厅

2002 年 10 月

目 录

第一章 病历书写的基本规则和要求	(1)
第二章 病历的格式与内容	(3)
第一节 门(急)诊病历	(3)
第二节 住院病历	(5)
第三节 入院记录	(13)
第四节 再次住院病历(再入院记录)	(14)
第五节 24 小时内入、出院记录或 24 小时内入院死亡记录	(15)
第六节 日间病房病历	(15)
第三章 各专科病历书写要求	(16)
第一节 呼吸内科病历书写要求	(16)
第二节 消化内科病历书写要求	(18)
第三节 神经内科病历书写要求	(19)
第四节 心血管内科病历书写要求	(21)
第五节 血液病科病历书写要求	(22)
第六节 肾脏内科病历书写要求	(23)
第七节 内分泌科病历书写要求	(24)
第八节 风湿病科病历书写要求	(26)
第九节 肿瘤内科病历书写要求	(27)
第十节 普外科病历书写要求	(28)
第十一节 神经外科病历书写要求	(31)
第十二节 骨科病历书写要求	(31)
第十三节 泌尿外科病历书写要求	(36)
第十四节 胸外科病历书写要求	(38)
第十五节 烧伤科病历书写要求	(39)
第十六节 整形外科病历书写要求	(41)
第十七节 妇科病历书写要求	(42)
第十八节 产科病历书写要求	(44)
第十九节 不孕不育症病历书写要求	(45)
第二十节 儿科病历书写要求	(46)

第二十一节	新生儿病历书写要求	(49)
第二十二节	儿科各专业病历书写要求	(51)
第二十三节	儿外科病历书写要求	(52)
第二十四节	眼科病历书写要求	(53)
第二十五节	耳鼻咽喉科病历书写要求	(54)
第二十六节	口腔科病历书写要求	(57)
第二十七节	皮肤科病历书写要求	(60)
第二十八节	精神科病历书写要求	(61)
第二十九节	感染病科病历书写要求	(62)
第三十节	肺结核病病历书写要求	(63)
第三十一节	急性中毒病历书写要求	(63)
第三十二节	介入放射科病历书写要求	(65)
第三十三节	康复医学科病历书写要求	(65)
第四章	中医科病历书写要求	(69)
第一节	门诊病历	(69)
第二节	住院病历	(70)
第三节	入院记录	(72)
第四节	针灸专科病历书写要点	(73)
第五节	病程记录及其他记录	(73)
第六节	中医住院病案首页及部分项目填写说明	(74)
第五章	病程记录及其他记录书写要求	(75)
第一节	病程记录	(75)
第二节	上级医师查房记录	(79)
第三节	交(接)班记录	(80)
第四节	会诊申请和会诊记录	(80)
第五节	转出(入)记录	(81)
第六节	病例讨论记录	(82)
第七节	术前小结	(83)
第八节	手术记录及手术安全核查	(84)
第九节	术后病程记录	(85)
第十节	麻醉记录及麻醉访视记录	(85)
第十一节	出院记录	(87)
第十二节	死亡记录	(87)
第十三节	各类知情同意书及医患沟通记录	(88)

第十四节 住院病案首页填写说明及要求	(89)
第六章 常用检查申请单、报告单书写要求	(99)
第一节 检查申请单、报告单	(99)
第二节 病理检查申请单、报告单	(100)
第三节 X线检查申请单、报告单	(100)
第四节 CT、MRI、DSA 检查申请单、报告单	(101)
第五节 SPECT、PET/CT 检查申请单、报告单	(101)
第六节 超声检查申请单、报告单	(102)
第七节 内镜检查与治疗申请单、报告单	(102)
第八节 心电图检查申请单、报告单	(103)
第九节 脑电生理(脑电图、脑地形图、诱发电位)、多普勒检查 申请单、报告单	(103)
第七章 护理病历书写要求	(104)
第一节 体温单	(104)
第二节 医嘱单	(106)
第三节 护理记录单	(107)
第四节 手术清点记录单	(108)
第八章 病历管理	(109)
第一节 病历排列次序	(109)
第二节 病历管理要求	(112)
第三节 病历质量评定标准	(117)
第四节 电子病历	(123)
第九章 表格式病历	(128)
第一节 病历表格印制规范	(128)
第二节 检验申请单、报告单印制规范	(129)
第三节 首页	(130)
1. 住院病案首页	(130)
2. 中医住院病案首页	(132)
3. 住院证	(134)
第四节 住院病历和入院记录	(135)
1. 住院病历	(135)
2. 神经内科入院记录	(140)
3. 脑血管病入院记录	(144)
4. 精神科入院记录	(149)

5. 颅脑外伤住院病历	(153)
6. 神经外科(肿瘤)入院记录	(158)
7. 烧伤科入院记录	(162)
8. 妇科入院记录	(164)
9. 产科入院记录	(167)
10. 计划生育入院记录	(170)
11. 儿科入院记录	(172)
12. 新生儿入院记录	(175)
13. 眼科入院记录	(179)
14. 耳鼻喉科入院记录	(181)
15. 耳科入院记录	(183)
16. 鼻科入院记录	(186)
17. 咽科入院记录	(188)
18. 喉科入院记录	(191)
19. 口腔颌面外科(正颌)入院记录	(194)
20. 口腔颌面外科(肿瘤)入院记录	(196)
21. 口腔颌面外科(炎症)入院记录	(199)
22. 口腔颌面外科(损伤)入院记录	(202)
23. 口腔颌面外科(唇腭裂)入院记录	(205)
24. 肿瘤内科(____肿瘤)入院记录	(208)
25. 疼痛科入院记录	(211)
26. 介入科入院记录	(213)
27. 皮肤科入院记录	(215)
28. 肺结核病入院记录	(218)
29. 急性中毒入院记录	(223)
30. 甲状腺癌 ¹³¹ 碘治疗入院记录	(225)
31. 甲状腺机能亢进 ¹³¹ 碘治疗入院记录	(228)
32. 糖尿病入院记录	(230)
33. 慢性肾衰竭血液净化入院记录	(236)
34. 康复医学科(脑损伤)入院记录	(240)
35. 康复医学科(脊髓损伤)入院记录	(242)
36. 康复医学科(小儿脑瘫)入院记录	(244)
第五节 专科(病)门诊病历	(246)
1. 不孕不育症女方病历	(246)

2. 不孕不育症男方病历	(250)
3. 牙体牙髓科门诊病历	(252)
4. 口腔颌面外科门诊病历	(253)
5. 口腔修复科门诊病历	(255)
6. 口腔正畸科门诊病历	(256)
第六节 其他各项记录	(260)
1. 24 小时内入、出院记录	(260)
2. 24 小时内入院死亡记录	(262)
3. 急诊观察病历	(263)
4. 急诊观察病人出观察室记录	(264)
5. 出院记录	(265)
6. 死亡记录	(266)
7. 死亡病例讨论记录	(267)
8. 手术记录	(268)
9. 术前小结	(269)
10. 特殊手术审批单	(270)
11. 手术安全核查表	(271)
12. 剖宫产手术记录	(272)
13. 角巩膜修补手术记录单	(273)
14. 眼底手术记录	(274)
15. 麻醉术前访视记录	(275)
16. 麻醉记录单	(277)
17. 麻醉术后访视及病人自控镇痛(PCA)记录单	(279)
18. 麻醉后监护室(PACU)记录单	(281)
19. 待产记录	(282)
20. 产程进展图	(283)
21. 产时记录	(284)
22. 产后记录	(285)
23. 新生儿记录	(286)
24. 中期妊娠引产产时记录	(287)
25. 中期妊娠引产产后记录	(288)
26. 中期妊娠引产手术记录	(289)
27. 中期妊娠引产手术后记录	(290)
28. 牙周病口腔局部检查记录	(291)