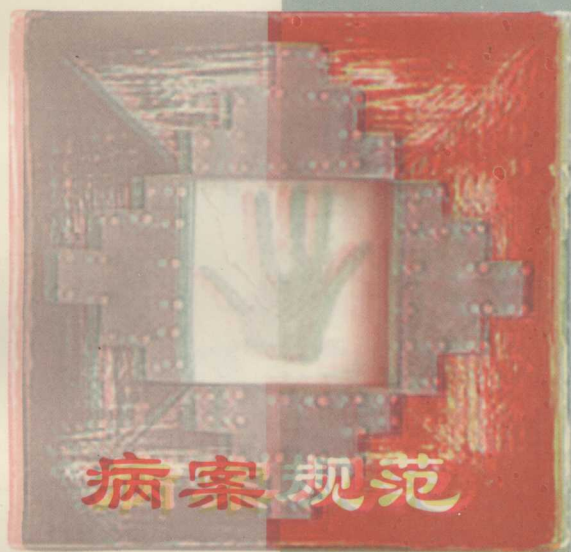




主编 李深

中国医药科技出版社

R197
4

病 案 規 范

李 深 主 编

中 国 医 药 科 技 出 版 社

内 容 提 要

本书是一本归纳总结医院病案书写规范的书籍,书中针对病案书写的格式、内容及要求做了完整、系统、详细的阐述。共分六章及八个附录,其内容包括病案书写要求,病案书写格式,病案书写内容及说明,护理记录书写要求,检查申请、报告记录单书写要求,抢救及死亡报告。该书对广大临床医务工作者及医学生具有一定的实用参考价值。

图书在版编目(CIP)数据

病案规范/李深主编. -2 版. -北京:中国医药科技出版社,1997. 6

ISBN 7-5067-1704-2

I. 病… II. 李… III. 病案-记录-规范 IV. R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(97)第 14115 号

*

中国医药科技出版社 出版

(北京海淀区文慧园北路甲 22 号)

(邮政编码 100088)

铁道部十六局印刷厂 印刷

全国各地新华书店 经销

开本 787×1092mm1/32 印张 2.875

字数 63 千字 印数 10101—15100

1997 年 8 月第 2 版 1997 年 8 月第 2 次印刷

定价:6.00 元

主 编 李 深

副主编 蒋均远 王天宝 封太昌

编 委 (以姓氏笔画为序)

王天宝 王海军 王鲜平 左铁镔

吕 丽 乔燕玲 李 宁 李 深

李修东 杨选平 肖正华 封太昌

康 宁 蒋均远

再版前言

为了适应广大医务工作者对病案规范化书写的进一步要求,现我们将 1995 年版《病案规范》重新修订出版,希望能为进一步提高医院病案书写质量,使其达到正规化、标准化、规范化的要求做出我们的一点贡献。基于目前卫生系统尚无统一的病案书写规范,我们参照总后卫生部颁发的《医疗护理技术操作常规》(第三版)和全国高等医学院校统编教材等有关文献,并借鉴解放军总医院、南京军区总医院、北京军区总医院等军内外医院病案书写规定,编写了《病案规范》(修订版)一书,可供作为医院病案书写质量检查的依据。

本次再版除原有内容又增加了一些临床病历,希望能给读者以具体的参考和指导。

由于我们学识水平有限,缺点错误在所难免,恳切希望批评指正,以便改正。

编 者

1997 年 4 月

目 录

第一章 病案书写要求.....	(1)
第二章 病案书写格式.....	(3)
第一节 入院病历.....	(3)
第二节 入院记录.....	(7)
第三节 中西医结合病历.....	(9)
第四节 门(急)诊病历	(11)
第五节 首次病程记录	(12)
第三章 病案书写内容及说明	(14)
第一节 病案首页填写说明	(14)
第二节 入院病历(附:入院病历示例).....	(20)
第三节 入院记录(附:入院记录示例).....	(32)
第四节 中西医结合病历	(35)
第五节 门(急)诊病历(附:门(急)诊病历示例).....	(36)
第六节 病程记录	(37)
第七节 麻醉及手术记录	(50)
第四章 护理记录书写要求	(56)
第一节 体温单	(56)
第二节 医嘱记录单	(58)
第三节 特别护理记录单	(60)
第五章 检查申请单、报告记录单书写要求.....	(61)
第一节 检查申请单	(61)
第二节 报告记录单	(62)

第六章 其它	(64)
第一节 抢救记录	(64)
第二节 死亡报告	(64)
附录	(66)
附录一 病历摘要书写要求	(66)
附录二 外科切口分类及愈合等级	(67)
附录三 处方用拉丁词缩写式	(69)
附录四 病案排列顺序与整理	(72)
附录五 病案书写质量评定标准	(75)
附录六 临床常用数值换算表	(77)
附录七 疾病诊断及手术名称确定原则	(79)
附录八 处方书写规定	(80)

第一章 病案书写要求

1. 新入院患者的入院记录由住院医师书写。有实习医师者,除入院记录外,另由实习医师书写入院病历,新毕业住院医师(包括进修医师)须先写入院病历经科主任批准后,可写入院记录。实习医师一律书写入院病历。

2. 入院病历及入院记录必须在采取病史及系统体检后,经过综合分析、加工整理后书写。所有内容与数字须完整、确实可靠、简明扼要,避免含糊笼统及主观臆断。对阳性发现宜力求详尽,有鉴别诊断价值的阴性材料亦应列入。应用医学术语记录,不得用医学诊断名词。记录患者提及的入院前诊断及用药应加引号。对本病有关的疾病应注明症状及治疗经过。所述各类事实,尽可能明确其发生日期(年龄)及地点,急性病应详询发病时刻。

3. 对他院转入或再次入院的患者,均按新入院患者处理。由他科转入者写转入记录。

4. 入院病历及入院记录尽可能于次晨上级医师巡诊前完成,最迟不得超过24小时。对急诊、危重病人要及时书写首次病程记录,并按时完成入院记录。大批伤病员的入院病历或入院记录由科主任酌情确定完成时间。

5. 除批准使用的表格式病历或表格式病程记录外,不得使用表格式病历或病程记录。科研用表格式病历不能替代入院病历或入院记录。

6. 疾病诊断和手术名称按《国际疾病分类》(ICD-9)书写。

译名以《英汉医学词汇》为准,尚无准确译名的,可用拉丁文或原文。度量衡使用国家统一的医学法定计量单位名称。

7. 任何记录均应注明年、月、日、时刻。例如,1989年12月6日下午6时,可写成1989-12-6,18:00。医师书写各项病案记录告一段落时,须正楷签署本人姓名。实习医师所写各项病案记录,应由指导医师以红墨水笔修正及签名,修改病历应在48h内完成。科主任应审阅各级医师病历,修改甚多者应予誉清,并注明誉抄时间。

8. 每张记录纸上均需填写患者姓名、住院号、科别及用纸次序页码。入院病历或入院记录、病程记录分别编排页码。

9. 各项记录内容应具体准确、系统完整,文字要简明通顺,能说明问题。各项记录应按规定时间书写。各种记录除另有规定者外,一律用蓝黑墨水笔书写,字体要端正清楚,标点要正确,不可用草书及杜撰怪字,亦不得涂改或贴补。若有补充或修正内容时,须记录于病程中,未经科主任许可,不得将原有记录涂改或损毁。

10. 各项病案书写统一使用规定的专用记录纸张。

11. 凡未列出内容,按《医疗护理技术操作常规》执行。

第二章 病案书写格式

第一节 入院病历

姓名	工作单位
性别	职别
年龄	入院日期
婚否	病史采取日期
籍贯	病史记录日期
民族	病情陈述者

主诉——。

现病史——。

过去史——。

系统回顾

五官——。

呼吸系统——。

循环系统——。

消化系统

泌尿生殖系统

血液系统

内分泌系统

神经精神系统

运动系统

个人史

家族史

体格检查

体温 脉搏 呼吸 血压

一般情况

皮肤

淋巴结

头部

头颅

眼

耳

鼻

口腔

颈部

胸部

肺脏

视诊

触诊

叩诊

听诊

心脏

视诊

触诊

叩诊

听诊

腹部

视诊

触诊

叩诊

听诊

外阴及肛门

脊柱及四肢

神经系统

专科情况

检验及其它检查

血常规_____

尿常规_____

大便常规_____

其它检查_____

小 结

最后诊断

1. _____。
2. _____。
3. _____。

初步诊断

1. (本科主要疾病)
2. (本科次要疾病)
3. (其它疾病)

主治医师/住院医师签名

住院医师/实习医师签名

第二节 入院记录

姓名

工作单位

性别

职别

年龄

入院日期

婚否

病史采取日期

籍贯

病史记录日期

民族

病情陈述者

主诉

现病史

过去史

个人史

家族史

体格检查

体温 脉搏 呼吸 血压

———。(病变脏器如用图示,应在文字描写的右侧,大小为 $5 \times 4\text{cm}$)。

专科情况

检验及其它检查

最后诊断

1. _____。

2. _____。

3. _____。

初步诊断

1. _____。

2. _____。

3. _____。

主治医师/住院医师签名

住院医师签名

第三节 中西医结合病历

姓名

工作单位

性别

职别

年龄

入院日期

婚否

病史采取日期

籍贯

病史记录日期

民族

病情陈述者

主诉

现病史

过去史

个人史——

家族史——

体格检查

望诊——

闻诊——

切诊——

检验及其它检查——

辨证分析

主证——

分析——

治则——

方药——

方解——