

病案管理

李 銘 編 著

人 民 卫 生 出 版 社

于祖望

病 案 管 理

李 銘 編 著

王光琳 全如源 整 理

人民卫生出版社

一九六四年·北京

千
里
社

内 容 提 要

病案管理工作是医院工作的一个重要部分。北京医学院附属人民医院病案室在这方面建立了一套较比科学的管理方法，作出了一定的成绩。本书系将该室李铭同志多年来的工作经验和积累的丰富材料整理总结汇编而成。书中除了概括地阐述了病案的作用、病案管理的几个关键问题及病案管理制度之外，对该院病案室的组织形式及其各项具体工作都有详细介绍，可供病案室工作者及医务人员参考。

病 案 管 理

开本：787×1092/32 印张：2¹²/16 插页：2 字数：62千字

李 铭 编 著

人 民 卫 生 出 版 社 出 版

(北京书刊出版业营业许可证出字第〇四六号)

• 北京崇文区骡子胡同三十六号 •

人 民 卫 生 出 版 社 印 刷 厂 印 刷

新华书店北京发行所发行 • 各地新华书店经售

统一书号：14048·2995

1964年6月第1版 第1次印刷

定 价：(科六)0.36元

印 数：1—9,500

前 言

解放后,在党的正确领导下,随着社会主义建设事业的发展,在全国各地先后新建或扩建了许多医学院校及医院。这一措施不仅加强了广大人民的卫生保健事业,保证了生产建设的顺利进行,同时通过医疗积累了大量病案,也为医学科学的研究工作创造了有利条件。

病案是病人以往健康情况、发病过程,医师诊疗经过和医疗效果等方面系统的医疗记录,既关系着现疾病的康复,又关系到以后发生新疾病时的诊疗。对病人来说,病案是病人的终身保健疾病史,有它的重要意义。另一方面,对医务人员来说,病案又是累积临床经验、进行科学研究、提高医疗质量所必不可少的实际资料。临床医学离开了临床诊疗过程的实践记录——病案,既难以考核医疗质量,更无以吸取经验教训来提高医疗水平。

由于上述原因,我们认为病案管理的好坏会影响到医疗质量。因此,在医院管理工作中,管好病案便成为提高医疗水平的重要项目。但是病案管理工作在目前还没有一套比较成熟的工作经验,尚不能满足医学科学研究工作的需要。因此,及时把这方面的一些有关资料,整理编写成册供作大家参考,还是很有必要的,这也是病案管理工作者应承担的义务。我院自大跃进以来建立了一套比较科学的管理方法。在北京医学院领导下,组织了第一附属医院王光琳、附属平安医院孙筱津、附属口腔医院蒋雯淑等同志,来我院学习,并由王光琳等及北医三院全如源同志协助李铭同志将多年来的病案管理经

验总结起来，汇集成册，以供同道参考。但这是一个初次尝试，缺点难免，同时也不一定完全适合于其他医院的具体情况。因此，希望病案管理工作同志各抒高见，总结各医院的成就，以充实有关资料，借资广泛交流经验，促使病案管理工作迅速提高，为祖国医院建设和提高医疗水平发挥更大的作用。

本书承北京医学院第一附属医院系统内科教研组贾博琦大夫协助编写“病案书写”一章，谨此志谢。

北京医学院附属人民医院

一九六四年一月

千
里
社

目 录

第一章 緒論	1
第二章 病案书写	4
第一节 总的要求	4
第二节 住院病案首页	4
第三节 门诊病案	4
第四节 入院记录	8
第五节 住院病历	8
第六节 病程记录	14
第七节 会诊记录单	15
第八节 出院记录和死亡记录	15
第九节 化验记录表	16
第十节 各种回报单	17
第十一节 体温、脉搏、呼吸单	17
第十二节 医嘱单	18
第三章 病案管理	20
第一节 病案管理工作的关键问题	20
第二节 病案管理委员会的组织及任务	21
第三节 病案管理制度	22
第四章 病案室的組織形式及任务	29
第一节 病案室的组织形式	29
第二节 病案室的基本任务	30
第三节 病案室工作的几个类型	30
第四节 病案保管的方式方法	32
第五章 病案室具体工作	37
第一节 挂号工作	37

第二节	病案供应工作	43
第三节	病案整理及检查工作	48
第四节	统计工作	53
第五节	疾病和手术索引编目	66
第六节	传染病疫情报告工作	77
第七节	随诊工作	78

千
祖
社

第一章 緒 論

病案是患者发病过程、既往健康状况、医师诊疗经过，以及医疗效果等的记录文件。简单地说，就是患者就医期间的全部医药档案。在一般习惯上，多称为病历或病史，因该名称不能全面包括记录内容，故改称为病案。

病案分为门诊与住院两部分：

一、门诊病案：包括门诊病案首页、副页、各种检查报告等，是患者在门诊医疗的全部记录。

二、住院病案：根据病案管理的要求可分为三个部分：

1. 有关医疗部分：包括住院病案首页、入院记录、住院病历、病程记录、手术前记录、麻醉记录、手术记录、转科记录、接管记录、会诊记录及出院总结等。

2. 有关各项检查报告部分：包括各种化验检查报告、放射线检查报告、心电图检查报告、基础代谢检查报告及病理检查报告等。

3. 有关护理工作部分：包括体温记录、医嘱记录、重危病人护理记录等。

病案的内容既积累了临床医疗工作经验，又可反映出每个阶段的医疗质量的情况，它集中了全医院各项医疗工作的成果，可见病案的作用是十分广泛、十分重要的。

在医疗方面，病案是临床工作不可缺少的参考资料。临床医师需要通过病案来了解患者疾病发展的情况，以便作出确切的诊断，采用适当的治疗方法，解除患者的痛苦；同时，通过病案又积累了临床工作的经验。

在医学教学方面，病案是培养医务干部最生动现实的教材，也是医学理论贯彻到临床实践的具体体现。

在医学科学研究方面，可以根据病案中所积累的医疗工作经验进行分析研究，从而提高医疗质量，推动医学的发展。

在防病工作方面，可以通过疾病分类的统计，提供各种疾病的发生及发展情况，作为采取预防措施的依据，以确保人民的健康。

在医院管理方面，病案是院领导了解各科医疗质量的依据，也是医疗卫生统计的基本资料，以反映医院管理工作的水平。

另外，在某些医疗业务的纠纷方面，病案又可作为法律上的依据。

因为病案与医疗、教学、科研，以及医学卫生事业的发展有着密切的联系，所以提高病案质量，加强病案的科学管理，是医院管理工作中必不可少的一个重要环节。

病案管理工作就是要通过完善而又科学的管理方法，保证病案的系统、完整，并积累有关资料，以利医疗及教学、科研的应用。所以说病案管理工作是在医疗→病案→科研→医疗这从实践提高到理论，再由理论指导实践的具体工作中的主要联系环节。如果病案内容不完整，管理不得当，则科研工作无法进行，也就直接影响了医疗质量的进一步提高。

病案的科学管理虽为科研工作打下基础，但对科研质量的要求，仍需以病案内容的丰富、充实来保证。固然保证病案内容的质量是医务人员义不容辞的责任，但病案管理人员也有责任在经常工作中检查和督促病案内容的完整性。因为只有正确和完善的病案，才能发挥应有的作用和符合管理上的要求。另外严格执行有关病案管理的各项制度，层层负责，定

期对病案质量进行检查，也是提高病案质量及管理水平的关键。

凡是负责教学及科研任务的医院就更需要有科学的方法来管理病案，除了及时供应医疗应用以外，还必须根据教学及科研工作的需要，进一步作到有计划地积累资料，对一些能充分反映医疗质量的资料，进行分析后，随时提供有关方面，使病案管理部门成为名副其实的“临床医学资料宝库”，推动我国医疗事业的不断向前迈进。

平
祖
望

第二章 病案书写

第一节 总的要求

一、内容确实全面，词句简炼扼要，字迹清楚整洁，不得随意删划、涂改和贴补。

二、每页均须填写病人姓名和病案号。

三、用蓝墨水笔两面书写（个别项目指定用其他种颜色笔填写时，则例外）。

四、签名要签全名。

五、用简化字或略写字母时，应按照国家规定或国际惯例，不得私自滥造。

六、日期应按年、月、日顺序书写，如：1963，4，10。

第二节 住院病案首页

按照表1“住院病人病案概要”各项详细填写。

第三节 门诊病案

一、门诊病案按诊病时间前后排列，不按科别、病种排列。

二、门诊病案无固定格式。由于诊病时间的限制，不能详细记录，应以简明扼要为主。可着重写主诉及现病史，其他病史可只记录有关的阳性资料和必要的阴性资料。

三、体格检查结果循序书写，不必分条。

四、最后记录处理及印象。前者写在左下，后者写在右

表1 × × × × 医院

(前页)

住院病人病案概要

科目	病房			住院号数	
姓名	性别	年龄	籍贯	职业	已婚 未
本市通讯处				电话	
永久通讯处					
住院日期		出院日期		住院日数	
科主任	主治医师		住院医师	实习医师	
(住院病因):					
入院后临床印象:					
出院时诊断: (并发症如系交互感染用*号注明。每项诊断请按次注明号数。死亡用×号注明死亡原因。)					
药物过敏*:					
中医诊断:					
入出院诊断符合情况:		符合	大致符合	不符合	不能肯定
治疗结果:		痊愈	进步	无进步	恶化 死亡 治疗 未治疗 住院 自愿出院 尸检

*药物过敏应印成红色。

(后页)

手 术:

伤口愈合等级:

曾 否 抢 救:

量

输血

次

总量

是否示范教材:

特殊药物(抗菌素)类别及总量:

会 诊:

出院时医师嘱咐:

病理诊断与临床诊断符合情况: 符合 大致符合 不符合 不能肯定

- 注 解:
1. 入院临床印象系指入院后经过较详细的稽查而作出的印象。
 2. 为了避免索引的错误请在诊断与手术名称之后加译英文以便作分类的参考。
 3. 治疗结果请在结果项目上注明诊断的转数(例如痊愈1, 进步2, 3未治疗7, 8.)。
 4. 出院志及死亡志另用病历纸写。
 5. 如患者对某种或几种药物过敏(例如盘尼西林)应用红字注在诊断栏药物过敏项内。

表 2 門診病案首頁

× × × × 医 院

門 診 病 历

姓名

病案号

性别

年龄

籍贯

职业

住址

区

已婚*
未

196 年 月 日

药 物 过 敏*

日 期

科 别

诊

断

平
祖
社

* 药物过敏应印成红色

下。

五、对于复诊病例，则着重记录其上次就诊后的感觉、病情改变、治疗效果以及异常体征的变化。

六、将初步诊断填写在门诊病案首页上(表2)。

七、将药物过敏用红笔标记在当天的门诊记录并填写在首页上。

八、各种回报单(化验、X线、病理等)应粘贴在申请当日之门诊记录的正面纸上。

第四节 入院记录

一、入院记录无固定表格，但应按一定顺序书写：

1. 患者姓名、性别、年龄、入院日期及主诉。
2. 重点扼要的现病史。
3. 与现病有关的其他病史。
4. 重点的体检资料。
5. 与诊断有关的化验和其他检查材料。
6. 初步诊断。
7. 签名。

二、入院记录应于患者入院后尽速完成，最迟不得超过24小时。

第五节 住院病历

一、住院病历应按表3的格式、内容及要求书写。

二、住院病历应于患者入院后24小时内完成。

三、应详细而有系统地记录其病情演变及治疗经过，有意识地提出有关鉴别诊断的阴性症状。

四、体格检查资料要全面、系统，注意记录有关鉴别诊断

的阴性体征。

五、摘要应简明。

六、诊断要完全,主次分明。

七、患者于住院期间供给的病历补充资料应记录在当日的病程记录中,同时在住院病历的最后注明“×月×日病程记录中有关于××方面的补充资料”以利查找。

表3 住院病历

住 院 病 历

一、一般资料

姓名	职业
性别	住址
年龄	入院日期
婚姻	病历采取日期
民族	病历申述者
籍贯	病历可靠性

二、主诉:促使患者就医的主要症状及其发生时间。

三、现病史:

1. 疾病的初期症状。
2. 起病的时间、情况(骤起或缓起)以及患者自己认为的发病原因。
3. 每个症状的发展过程及目前的主要症状。
4. 患者自己所采取缓解症状的方法。
5. 病后的诊疗情况,包括检查结果、诊断、治疗措施及其效果。
6. 目前食欲、大小便及睡眠情况,如系慢性病应记录体重的增减情况。

四、既往史:

1. 平素健康状况。
2. 依发病先后顺序记录过去所罹患的疾病及其主要症状和诊疗

情况。

3. 外伤及手术。
4. 过敏情况。
5. 预防接种(注明种类及时间)。

五、个人史：

1. 出生地点及曾经居留过的地区(注意与流行病及地方病的关系)。
2. 生活习惯,烟酒嗜好(频度、量及品种),冶游。
3. 患者职业,记录其工种、工作条件、工龄及劳动强度。
4. 月经:初潮年龄,间隔日数,持续时间,量,颜色,有无痛经、白带,闭经年龄。
5. 婚姻及分娩:结婚年龄、次数,爱人健康情况(若爱人已故,注明其死因及时间),妊娠及分娩次数,有无小产、流产、死产,并注明其胎次。

六、家族史：

1. 近亲的健康情况,包括父母、兄弟、姊妹、儿女。若有死亡者,记录其死因及时间。
2. 家族中有无同样疾病患者,必要时包括外祖父母等。

体格検査

一、一般检查

体温	脉搏	呼吸
血压	身高	体重
体位	步态	
意识状态		
面部表情		
发育及营养状态		

二、皮肤、粘膜：颜色，皮疹，出血点，瘀斑，蜘蛛痣，弹性，湿度和出汗，疤痕，脱屑，溃疡，水肿，皮下组织，毛发（分布情况、缺乏或丛生），指和趾甲。