



病历书写规范手册

BING LI SHU XIE GUI FAN SHOU CE

◎主编 张勇 贺勇

新疆人民卫生出版社

病历书写规范手册

主编 张勇 贺勇

新疆人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

病历书写规范手册/张勇,贺勇主编. - 乌鲁木齐:新疆
人民卫生出版社,2005.7

ISBN 7-5372-3938-X

I. 病… II. ①张… ②贺… III. 病案-书写规则-手册
IV. R197.323-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 081670 号

书 名: 病历书写规范手册

作 者: 张勇 贺勇

出版发行: 新疆人民卫生出版社 邮编: 830001

电 话: 汉文编辑部(0991) 2849843

地 址: 新疆乌鲁木齐市龙泉街 66 号

责任编辑: 胡赛音 封面设计: 一心设计工作室

排版制作: 新疆人民卫生出版社计算机排版室

印 刷: 乌鲁木齐西北印制有限公司

版 次: 2005 年 7 月第 1 版 2005 年 7 月第 1 次印刷

开 本: 850 × 1168 大 1/32 6.5625 印张 173 千字

书 号: ISBN 7-5372-3938-X

印 数: 1-3500 定价: 13.50 元

《病历书写规范手册》

编委会

主任：王北疆

副主任：张爱华 阿不都热依木·木明

主编：张勇 贺勇

副主编：沈丽华 赵娟娟

编委：吴鹏 牟跃峰 王德胜

聂彬 王晓静 侯燕

张波 艾克拜尔 尹千里

刘宁 李莉 于戈群

前 言

规范病历书写一直是各级医疗机构提高医疗质量的重要手段之一,它也是提高临床医师业务水平的主要途径。随着2002年8月国家卫生部及国家中医药管理局《病历书写基本规范(试行)》的印发,让医务人员对医疗文书的书写有了统一格式的规范蓝本。医疗文书既是医学科学的档案资料,又是解决医疗纠纷时的证据资料,其书写的内容和质量就显得尤为重要。为了让医务人员统一认识,便于理解,易于掌握;让医院管理者方便病历质控和考核,促进医疗文书的规范化和标准化,我们组织专家编写了此书,供医务人员在工作中参考、使用。本书共有九章,书的开始部分简述了病历的分类、作用,病历书写的基本要求。第三章、第四章、第五章在《病历书写基本规范(试行)》的基础上做到更加详细、具体,给出了规范格式。第四章中增加了门诊手术同意书、输血同意书、危重病人告知书、授权委托书、参保患者自付费用同意书、住院期间请假离院记录单等。第五章是专科病历书写要求及格式,特别增加了“120”院前急救病历的书写。总之,本书基本达到了全面、实用与方便。

希望本书能为我们临床医师提供一个规范的病历书写的标准,进一步增强每一位医师依法行医的意识,保护好医患双方的权益。

张 彦 军

2005年6月

目 录

第一章 病历概述	(1)
第二章 病历书写的基本要求	(3)
第三章 门(急)诊病历书写要求及格式	(5)
第四章 住院病历书写要求及格式	(11)
一 病案首页填写要求	(12)
二 住院病历书写要求、内容及格式	(21)
三 入院病历书写要求、内容及格式	(35)
四 再次或多次入院记录书写要求、内容及格式	(38)
五 24 小时内入出院记录书写要求、内容及格式	(40)
六 24 小时内入院死亡记录书写要求、内容及格式	(42)
七 病程记录书要求及内容	(44)
第五章 专科病历书写要求及格式	(103)
一 口腔科住院病历	(103)
二 中医科住院病历	(105)
三 产科住院病历	(118)
四 新生儿科住院病历	(129)
五 眼科住院病历	(132)

六 精神科住院病历	(135)
七 120 院前急救	(139)
第六章 医嘱书写要求	(153)
第七章 住院病历排列顺序	(159)
第八章 病历质控标准	(162)
第九章 附录	(179)
病历书写基本规范(试行)	(180)
医疗机构病历管理规定	(192)
处方管理办法(试行)	(198)

第一章 病历概述

一、病历的含义

病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和,包括门(急)诊病历和住院病历。

二、病历的分类

病历一般分为:门(急)诊病历、住院病历两大类。住院病历又包括完整住院病历、住院志、病程记录及会诊、转科或手术记录等。病历对医疗、预防、教学、科研、法律、医院管理等都有重要的作用。

三、病历的作用

1. 医疗

病历既是确定诊断、进行治疗、落实预防措施的资料,又是医务人员诊治疾病水平评估的依据,也是患者再次患病时诊断与治疗的重要参考资料。通过临床病历回顾,可以从中汲取经验、教训,改进诊疗护理工作,提高医疗质量。

2. 教学

病历是教学的宝贵资料,是最生动的教材。通过病历的书写与阅读,可以使所学的医学理论和医疗实践密切结合起来,巩固所学知识,开阔视野,培养医务人员和医学生的逻辑思维能力及严谨的医疗作风。

3. 科研

病历是临床研究的主要素材。通过临床病历总结分析,寻求疾病发生、发展、治疗转归的客观规律及内在联系,研究临床治疗、预防措施与疾病、康复的关系,发现筛选新的医疗技术和药物,推动医学不断发展。

4. 医院管理

大量的病历资料分析可以客观地反映出医院工作状况、技术素质、医疗质量、管理措施、医德医风等医院管理水平。病历中的许多素材是国家卫生统计的重要指标。因此,检查病历、分析病历,从中发现问题、解决问题,是了解医院工作状况、提高医疗质量的重要手段之一,也是加强医院管理、提高医院管理水平的重要措施。

5. 防病

通过对病历的分类统计和分析,可以了解临床医务人员贯彻“三级预防”原则,防病防残措施的落实情况及各种常见病、多发病的发生与发展情况,为制定和落实预防措施,贯彻预防为主方针提供依据。

6. 法律

病历是处理医疗事故、医疗纠纷的法律依据。因此,病历是最直接、最方便、最有效、最可信任的重要法律文书,同时又是保护患者和医务人员合法权益的重要文书。

总之,病历既是临床实践工作的总结,又是探索疾病规律及处理医疗纠纷的法律依据,是国家的宝贵财富。为此,医护人员在书写病历时一定要实事求是、严肃认真、科学严谨、一丝不苟。

第二章 病历书写的基本要求

1. 病历用蓝黑墨水钢笔或碳素墨水笔书写,需复写的资料可用蓝或黑色油水的圆珠笔书写。过敏药物、食物名称、上级医师审阅时的批、注用红墨水钢笔书写,签名用蓝黑墨水钢笔或碳素墨水笔书写。

2. 病案中各项记录必须按规定内容和要求及时完成。做到格式规范、内容真实、准确、系统客观、富有逻辑性和科学性。

3. 除药品、外籍病人“出院证明书”、通用的外文缩写可用英文书写外,其余书面记录一律使用中文,汉字书写(简化字必须按国家语言文字工作委员会新近发表的简体字为准),不应出现错、别字。同一词句不得中英文混写,以外国人人名命名的症状体征或病名其姓名部分一律以汉字书写也可用英文书写(不可缩写),字体端正,字迹清楚,不得涂改、刮除、粘贴,书写过程中出现错字时应当用双斜线划在错字上,保持原字清晰可辨,每页不得超过五个错字,书面整洁,页码有序。

4. 眉栏各项填写准确,不得空项。记录语言流畅;术语规范;文字精炼;用词恰当;段落分明;内涵丰富;标点符号正确。

5. 所用计量单位必须以国际计量单位或国家法定计量单位为准。

6. 凡在缩略词字典中可查见的缩略词或在国内外专业会议规定的缩略词可在病案中使用,其它未被公认的缩略词不得滥用,尤其是疾病的诊断名称不得使用缩略词。

7. 实习、试用期医务人员书写的病历,应当经过在本医疗机构合法执业的医务人员审阅、修改并签名。进修医务人员应当在接收进修的医疗机构根据其胜任本专业工作的实际情况认定其资格

后书写病历。

8. 上级医务人员有审查修改下级医务人员书写病历的责任。修改时,应当注明修改日期、修改人员签名,并保持原记录清楚、可辨。

9. 因抢救急危患者,未能及时书写的病历,有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记,并加以注明。

10. 对按照有关规定需取得患者书面同意方可进行的医疗活动(如特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗等),应当由患者本人签署同意书。患者不具备完全民事行为能力时,应当由其法定代理人签字;患者因病无法签字时,为抢救患者,在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下,可由医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的,应当将有关情况通知患者近亲属,由患者近亲属签署同意书,并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的,由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

第三章 门(急)诊病历 书写要求及格式

一、普通门(急)诊病历书写要求及格式

1. 病历封面一般项目包括病人姓名、性别、年龄、族别、职业、婚姻、住址、单位、药物过敏史等。

2. 就诊时应记录就诊科别,时间(应记录年、月、日),急诊病人、抢救病人应同时记录到时、分(如2002-2-4-3:20)

3. 初诊病人主诉与现病史分别记录,必须抓住重点,客观、确切,简明扼要,不得遗漏重要病史。

4. 既往史主要记录既往所患疾病的病史,个人史、家族史应重点记录有助于本次所患疾病诊断的相关疾病。

5. 体格检查应有重点地进行,对可能有病变的脏器、部位应详查,确切记录阳性体征及有鉴别诊断意义的阴性体征。急、危、重病人必须记录体温、脉搏、血压、意识状态等。

6. 记录已完成的实验室及特殊检查的结果。

7. 诊断:对所得的病史及检查结果等经综合分析,力求作出准确诊断(诊断写在右下方)。若暂不能确诊可作初步诊断,或作症状待诊,进一步检查后确诊。

8. 处理措施:①处方及治疗方法记录应分行列出。药品应记录药名、剂量、总量、用法;②进一步检查措施或建议;③休息方式及期限。危重抢救病人如须立即进行抢救者应记录抢救时间,抢救措施及经过。若抢救无效而死亡的病人应记录死亡时间、诊断、死亡原因,同时填写死亡通知书。

9. 医师签名在诊断右下方。

10. 复诊记录:患同一种疾病者经首诊后再次前来就诊的病人

为复诊。复诊记录与初诊不同,应重点记录前次诊疗后的病情变化,治疗效果,体征变化,及复诊时新的阳性体征,辅助检查结果,修正诊断,进一步处理意见。

11. 经复诊二次仍不能确诊的病人应请上级医师诊治或请相关科室主治医师以上职称者会诊,同时由会诊医师记录会诊意见。

12. 若属非同一种疾病再次来院就诊者应按初诊病人书写病历。

二、急诊观察病历内容及书写要求

急诊病人病情较重,暂不允许离院治疗、休养观察者或需住院治疗但暂无床位收住的病人须留住在观察病室(一般不应超过24小时),同时应建立24小时急诊观察病历(急诊观察病历由体温单、临时医嘱单、检验报告粘帖单组成),其中急诊观察病历内容包括:①一般项目;②主诉;③现病史;④既往史;⑤个人史;⑥家族史;⑦体格检查;⑧辅助检查结果;⑨诊断(以上内容与入院记录的书写要求相同);⑩处理意见(应将处理措施一一记录)。在观察期间若病情变化较大,诊疗经过较复杂时应及时续记病程记录。经治疗后病情好转转为门诊随访或病情未能控制转为住院诊治者应分别记录清楚。

三、口腔专科门(急)诊病历书写规范

口腔专科门急诊病历书写要求对患者每次就诊均应有病历记录,包括初诊记录和复诊记录。初诊记录内容应当详细全面,包括:主诉、现病史、既往史、口腔专科检查(阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果)、诊断、处置、医师签名。复诊病历记录内容包括复诊时间、上一次治疗后至本次复诊的症状变化、处置、医师签名。

(一)主诉

1. 病变部位 + 主要症状 + 发病时间(或病程日期)
2. 部分主诉牙可不含症状和发病时间(如要求修复缺失牙或

拔除×牙等)。

3. 复诊:主诉牙或主诉病写明治疗后自觉症状。

(二) 现病史

1. 主诉牙(主诉病)病史的发生、发展、曾经治疗及目前情况。

2. 复诊:主诉牙(主诉病)上次治疗后反应。

(三) 既往史

1. 正确记录患者陈述(含家族史及全身情况)。

2. 无陈述时记录(一)。

(四) 检查

牙体牙髓病专业、儿童口腔病专业

1. 龋齿、牙髓及根尖病。

(1) 主诉牙的牙位、龋坏牙面、龋蚀度数、探诊、叩诊及松动度。

(2) 拍X线片者,需正确描述根吸收、根尖周、根分歧、恒牙胚等情况。

(3) 正确记录非主诉牙或其他患牙牙位及龋坏牙面。

2. 正确记录其他口内、口外、修复科阳性所见。

3. 正确填写必要的专科(专业)检查用表。

4. 复诊:详细记录主诉牙(主诉病)本次检查所见。

牙周专业

1. 正确记录牙周专业阳性或阴性所见。牙龈组织变化、牙周袋深度、牙齿松动度、咀嚼功能、殆及咬合功能、牙列缺损、牙垢、牙石度数等。

1. 正确记录X线片及其他辅助检查所见。

2. 正确记录其他口内、口外、修复科阳性所见。

3. 正确填写必要的专科检查用表。

4. 复诊:详细记录本次检查所见。

粘膜专业

1. 正确记录粘膜专业所见

- (1) 粘膜组织的病损部位、大小、性质、表面及基底情况。
- (2) 与粘膜有关的皮肤、粘膜及全身情况。

2. 开展中西医结合治疗时需正确记录中医检查的舌脉、脉诊所见。

3. 正确记录必要的辅助检查及特殊检查。

4. 复诊:详细记录本次检查所见。

修复专业

1. 正确记录牙体缺损所见:牙位及牙体缺损、治疗情况、松动度、牙龈、牙周袋、咬合关系及牙体色度。

2. 正确记录牙列缺损所见:缺损部位、数目、缺失区牙槽骨情况、基牙位置及健康情况、形态、咬合关系及牙体色度、余牙健康情况。

3. 正确记录牙列缺失所见

①牙槽骨情况、粘膜、拔牙创面及骨尖骨嵴等。

②垂直距离、颞颌关节、口腔粘膜情况等。

4. 正确记录殆关系

正常殆、深覆殆、深覆盖、对刃殆、反殆、锁殆、偏斜等。

5. 正确记录和描述 X 线片所见:龋、牙周膜、根尖周、牙槽骨、根充情况等。

6. 正确记录非主诉牙(非主诉病)修复专业阳性所见。

7. 正确记录其他口腔专业阳性所见。

8. 复诊:正确记录治疗后的修复体形态、固位、边缘伸展密合度、衔接关系、咬合、美观及修复效果的检查所见。

口腔颌面外科专业

1. 详细记录需拔除的主诉牙阳性所见。

①牙齿松动度、龋坏、牙周表现及外伤所见。

②正确记录非主诉牙的外科阳性所见。

2. 详细记录本次就诊主诉病阳性所见

(1) 口腔颌面外伤

① 伤位、伤情、失血量及全身情况。

② 紧急伤员需记录生命体征(T. P. R. BP)。

(2) 肿瘤、炎症、关节疾患

① 详细记录口腔颌面部、软、硬组织的阳性所见,淋巴结表现及全身一般情况。

② 开口度、开口型、咀嚼、合压痛点、关节弹响、咬合功能等。

(3) 详细记录外科其他专业阳性所见

3. 正确记录必需的 X 线、检验、病理等辅助检查和特殊检查。

4. 正确记录其他专业阳性所见。

5. 复诊:详细记录本次检查所见。

正畸专业

1. 详细记录口腔正畸专科病历(不含关节病正畸、外科正畸及牙周病正畸)。

(1) 姓名、性别、年龄、出生日期、籍贯。身高、体重、病案号、记存号、X 线号、医师开始治疗日期。

(2) 正确填写并记录口腔一般情况。

(3) 正确描述正畸专业所见。

① 正确记录咬骀关系:前牙及磨牙覆骀覆盖关系,牙列拥挤或稀疏、错位牙、上下颌中线偏斜情况。

② 正确记录面型情况:直面型、突面型、凹面型、面部不对称等。

③ 正确记录颞下颌情况:开口度、开口型、弹响及杂音等。

④ 无阳性所见记录(一)。

(4) 正确描述和记录 X 线所见。

2. 复诊:详细记录本次检查所见

(五) 诊断

1. 诊断依据充分、诊断名称正确。

(1) 主诉牙(主诉病)的诊断。

(2) 其它病的诊断。

2. 诊断不明确时应记录“印象”或“待查”(待查必须注明倾向性意见)。

3. 三次就诊仍不能确诊应及时请上级医师会诊并作详细记录。

4. 慢性病患者年内必须注明一次诊断意见。

(六) 处置

1. 治疗设计

(1) 正确记录治疗计划。

①主诉牙:(主诉病)的治疗计划。

②非主诉牙:(非主诉病)的治疗指导原则。

(2) 治疗计划合理,必要时附以图示。

(3) 正畸科治疗计划应详细记录患者或患儿家长要求、治疗目的,活动矫治器设计图示、日期、签名。

(4) 必要时在专科病历中详细记录治疗计划。

2. 临床技术操作

(1) 详细记录治疗牙位、治疗过程、治疗操作、用药(材料)及手术经过。

(2) 疑难病治疗超过疗程,应有上级医师会诊的详细记录,必要时由会诊医师填写会诊意见。

3. 临床用药

详细记录用药情况与处方相一致,合理用药,正确用药。

4. 正确施以医嘱并记录。主诉牙(主诉病)每次治疗或阶段治疗结束后定出预约复诊日期。

5. 必要时需由患者签署治疗(手术)同意书或在病历上签字。

(七) 医师签名