

中医病历书写规范与质量评价标准

主编 湖南省中医药管理局

ZHONG YI BING LI SHU XIE GUI FAN

YU ZHI LIANG PING JIA BIAO ZHUN



科学技术文献出版社

中医病历书写规范与质量评价标准

主编：傅世英、李国富、李俊

（附赠光盘）

（附赠光盘）

中国中医药出版社

中医病历书写规范与质量评价标准

(修订版)

主编 湖南省中医药管理局

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北京

图书在版编目(CIP)数据

中医病历书写规范与质量评价标准 / 湖南省中医药
管理局主编. — 北京 : 科学技术文献出版社, 2011.3

ISBN 978-7-5023-6879-1

I. ①中… II. ①湖… III. ①中医-病案-书写规则
②中医-病案-质量标准 IV. ①R197.323

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第 023971 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)58882938,(010)58882087(传真)
图书发行部电话 (010)58882866(传真)
邮 购 部 电 话 (010)58882873
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail: stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 肖文明 丁善坤
责 任 编 辑 张宪安
责 任 出 版 李 静
责 任 校 对 牛 桦
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 湖南雅嘉彩色印刷有限公司
版 (印) 次 2011 年 3 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 850×1168 32 开
字 数 174 千字
印 张 7.25
印 数 1~10000 册
定 价 19.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

前 言

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,是医院医疗质量和管理水平的综合反映。病历作为医院珍贵的信息资料,为临床、教学及科研等工作提供依据并具有法律效力。各级医院必须高度重视病历书写,切实加强对病历书写工作的标准化、规范化管理。

为贯彻执行卫生部、国家中医药管理局印发的《中医病历书写基本规范》、《中医电子病历基本规范(试行)》和《处方管理办法》等相关文件和标准,进一步规范我省医疗机构中医病历的书写及管理,更好地为经济社会发展以及深化医药卫生体制改革工作服务,我局组织相关专家对我省 2004 年制定并实行的《湖南省中医、中西医结合病历书写规范及管理规定(试行)》进行了修订,编写完成《中医病历书写规范与质量评价标准》(以下简称《规范与标准》),由科学技术部科技文献出版社出版。

本次修订在总结原规范的基础上,坚持科学、规范、简化和可操作性的原则。收集整理了病历与处方书写的相关法律文件。并结合临床实践,详细介绍了中医病历

书写规范,处方书写规范,各种检查、治疗申请和报告单书写规范,中医病历质量评价标准,病历管理规定。附录有医学教育临床实践管理暂行规定、手术安全核查制度、表格式病历、临床常用计算公式、医学上常用的法定计量单位等。是中医病历书写和质量评价的工具书,供中医师、中西医结合医师、中医护理人员、医技人员和中医医政管理人员阅读使用。中西医结合医师与民族医师病历书写参照本《规范与标准》执行。

本次《规范与标准》修订工作得到了湖南中医药大学第一附属医院、第二附属医院、湖南省中医药研究院附属医院、长沙市中医医院、衡阳市中医医院等单位的大力支持和鼎力相助,上述单位的相关专家为修订工作付出了辛勤的努力,在此,谨致以诚挚的谢意!

各单位在组织实施过程中,要注意总结经验,并将意见和建议及时向我局医政处反馈。

湖南省中医药管理局

2011年2月26日

目 录

第一章 病历书写法规性文件	(1)
卫生部、国家中医药管理局关于印发《中医病历书写基本规范》的通知	(1)
国家中医药管理局关于印发《中医电子病历基本规范(试行)》的通知	(16)
卫生部、国家中医药管理局关于印发《医疗机构病历管理规定》的通知	(23)
中华人民共和国卫生部令(第 53 号)《处方管理办法》	(28)
国家中医药管理局关于印发《中药处方格式及书写规范》的通知	(40)
卫生部关于印发《医院处方点评管理规范(试行)》的通知	(45)
《中华人民共和国侵权责任法》与医疗有关章节摘录	(55)
第二章 中医病历书写规范	(63)
第一节 病历书写基本要求与时限	(63)
一、病历书写基本要求	(63)
二、病历书写时限及书写人员资格要求	(64)
三、病历书写注意事项	(66)
第二节 病历书写规范	(67)
一、住院完整病历	(67)
二、入院记录的书写形式	(78)
三、入院记录	(78)
四、再次或多次入院记录	(82)
五、24 小时内入出院记录	(82)

六、24 小时内入院死亡记录	(84)
七、病程记录	(85)
八、首次病程记录	(85)
九、日常病程记录	(87)
十、上级医师查房记录	(88)
十一、疑难病例讨论记录	(89)
十二、交(接)班记录	(91)
十三、转科记录	(94)
十四、阶段小结	(96)
十五、抢救记录	(98)
十六、有创诊疗操作记录	(99)
十七、会诊记录	(99)
十八、术前小结	(101)
十九、术前讨论记录	(102)
二十、麻醉术前访视记录	(104)
二十一、麻醉记录	(105)
二十二、手术记录	(108)
二十三、手术安全核查记录	(109)
二十四、手术清点记录	(110)
二十五、术后首次病程记录	(112)
二十六、麻醉术后访视记录	(112)
二十七、出院记录	(113)
二十八、死亡记录	(115)
二十九、死亡病例讨论记录	(117)
三十、入院医患谈话记录	(119)
三十一、手术同意书	(120)
三十二、麻醉同意书	(122)
三十三、输血治疗知情同意书	(123)
三十四、特殊检查、特殊治疗同意书	(125)
三十五、病危病重通知书	(126)

三十六、辅助检查报告单	(126)
三十七、病重(病危)患者护理记录	(127)
三十八、医嘱	(127)
三十九、体温单	(132)
四十、住院病案首页	(132)
四十一、住院期间病历排列顺序	(140)
四十二、出院后病历装订顺序	(141)
四十三、门(急)诊病历	(142)
四十四、急诊病程记录	(144)
四十五、打印病历的内容及要求	(144)
第三章 医疗处方书写规范	(145)
第一节 处方格式与处方类型	(145)
一、处方格式	(145)
二、处方类型	(146)
第二节 处方书写规则	(146)
第三节 药品名称、药品规格剂量与数量	(147)
一、药品名称	(147)
二、药品规格、剂量与数量	(148)
第四节 药品用法与处方用量	(148)
一、药品用法	(148)
二、处方用量	(148)
第五节 电子处方	(149)
第六节 处方权限	(149)
第七节 医疗处方书写注意事项	(150)
第四章 各种检查、治疗申请和报告单书写规范与要求	(152)
第一节 临床检查、治疗申请单和报告单书写的基本要求	(152)
第二节 放射科检查	(153)
一、X线检查	(153)
二、介入放射学	(154)

三、CT 检查	(155)
四、磁共振成像(MRI)检查	(156)
五、诊断报告发出时间	(157)
第三节 放射性核素功能检查	(158)
第四节 超声检查	(158)
第五节 化验检查	(159)
第六节 临床病理检查	(159)
第七节 内镜(胃肠镜等)检查	(161)
第五章 中医病历质量评价标准	(163)
第一节 住院病历质量评价标准	(163)
第二节 门(急)诊病历质量评价标准	(167)
第六章 病历管理规定	(169)
第一节 病历管理的组织结构	(169)
一、病历管理组织	(169)
二、病历管理机构的设置	(170)
三、病历管理机构的技术要求和质量	(171)
第二节 病历管理细则	(172)
一、门诊病历的管理	(173)
二、住院病历的管理	(173)
附录	(177)
一、医学教育临床实践管理暂行规定	(177)
二、手术安全核查制度	(180)
三、病例分型标准	(182)
四、表格式病历	(183)
五、处方常用缩写	(190)
六、常用中外医技名词对照	(192)
七、医学上常用的法定计量单位	(199)
八、临床常用计算公式	(203)
九、临床检验正常参考值	(206)

第一章 病历书写法规性文件

卫生部、国家中医药管理局关于印发 《中医病历书写基本规范》的通知

各省、自治区、直辖市卫生厅局、中医药管理局，新疆生产建设兵团卫生局，中国中医科学院：

为规范中医病历书写，提高病历质量，保障医疗质量和医疗安全，根据《医疗事故处理条例》有关规定，2002年卫生部和国家中医药管理局印发了《中医、中西医结合病历书写基本规范（试行）》（以下简称《规范》）。《规范》执行以来，在各级卫生、中医药管理部门和医疗机构的共同努力下，中医病历质量有了很大提高。

在总结各地《规范》执行情况的基础上，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，卫生部和国家中医药管理局对《规范》进行了修订，制定了《中医病历书写基本规范》。现印发给你们，请遵照执行。执行中遇到的情况及问题，请及时反馈国家中医药管理局医政司。

二〇一〇年六月十一日

附件：

中医病历书写基本规范

第一章 基本要求

第一条 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。

第二条 中医病历书写是指医务人员通过望、闻、问、切及查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料,并进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。

第三条 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

第四条 病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水,需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

第五条 病历书写应当使用中文,通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

第六条 病历书写应规范使用医学术语,中医术语的使用依照相关标准、规范执行。要求文字工整,字迹清晰,表述准确,语句通顺,标点正确。

第七条 病历书写过程中出现错字时,应当用双线划在错字上,保留原记录清楚、可辨,并注明修改时间,修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的病历的责任。

第八条 病历应当按照规定的内容书写,并由相应医务人员签名。

实习医务人员、试用期医务人员书写的病历,应当经过本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并签名。

进修医务人员由医疗机构根据其胜任本专业工作实际情况认定后书写病历。

第九条 病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间,采用 24 小时制记录。

第十条 病历书写中涉及的诊断,包括中医诊断和西医诊断,其中中医诊断包括疾病诊断与证候诊断。

中医治疗应当遵循辨证论治的原则。

第十一条 对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动,应当由患者本人签署知情同意书。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,应当由其授权的人员签字;为抢救患者,在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下,可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的,应当将有关情况告知患者近亲属,由患者近亲属签署知情同意书,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。

第二章 门(急)诊病历书写内容及要求

第十二条 门(急)诊病历内容包括门(急)诊病历首页(门(急)诊手册封面)、病历记录、化验单(检验报告)、医学影像检查资料等。

第十三条 门(急)诊病历首页内容应当包括患者姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目。

门诊手册封面内容应当包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史等项目。

第十四条 门(急)诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

初诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史,中医四诊情况,阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果,诊断及治疗意见和医师签名等。

复诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、中医四诊情况,必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

第十五条 门(急)诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

第十六条 急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录,重点记录观察期间病情变化和诊疗措施,记录简明扼要,并注明患者去向。实施中医治疗的,应记录中医四诊、辨证施治情况等。抢救危重患者时,应当书写抢救记录。门(急)诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。

第三章 住院病历书写内容及要求

第十七条 住院病历内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查(特殊治疗)同意书、病危(重)通知书、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查资料、病理资料等。

第十八条 入院记录是指患者入院后,由经治医师通过望、闻、问、切及查体、辅助检查获得有关资料,并对这些资料归纳分

析书写而成的记录。可分为入院记录、再次或多次入院记录、24小时内入出院记录、24小时内入院死亡记录。

入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后24小时内完成;24小时内入出院记录应当于患者出院后24小时内完成,24小时内入院死亡记录应当于患者死亡后24小时内完成。

第十九条 入院记录的要求及内容

(一)患者一般情况包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院时间、记录时间、发病节气、病史陈述者。

(二)主诉是指促使患者就诊的主要症状(或体征)及持续时间。

(三)现病史是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况,应当按时间顺序书写,并结合中医问诊,记录目前情况。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠和饮食等一般情况的变化,以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

1.发病情况:记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因。

2.主要症状特点及其发展变化情况:按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素,以及演变发展情况。

3.伴随症状:记录伴随症状,描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

4.发病以来诊治经过及结果:记录患者发病后到入院前,在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号(“”)以示区别。

5.发病以来一般情况:结合十问简要记录患者发病后的寒热、饮食、睡眠、情志、二便、体重等情况。

与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况,可

在现病史后另起一段予以记录。

(四)既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史等。

(五)个人史、婚育史、月经史、家族史

1.个人史:记录出生地及长期居留地,生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好,职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史,有无冶游史。

2.婚育史、月经史:婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录经带胎产史,初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间(或闭经年龄),月经量、痛经及生育等情况。

3.家族史:父母、兄弟、姐妹健康状况,有无与患者类似疾病,有无家族遗传倾向的疾病。

(六)中医望、闻、切诊应当记录神色、形态、语声、气息、舌象、脉象等。

(七)体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压,一般情况皮肤、粘膜,全身浅表淋巴结,头部及其器官,颈部,胸部(胸廓、肺部、心脏、血管),腹部(肝、脾等),直肠肛门,外生殖器,脊柱,四肢,神经系统等。

(八)专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

(九)辅助检查指入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应分类按检查时间顺序记录检查结果,如系在其他医疗机构所作检查,应当写明该机构名称及检查号。

(十)初步诊断是指经治医师根据患者入院时情况,综合分析所作出的诊断。如初步诊断为多项时,应当主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。

(十一)书写入院记录的医师签名。

第二十条 再次或多次入院记录,是指患者因同一种疾病

再次或多次住入同一医疗机构时书写的记录。要求及内容基本同入院记录。主诉是记录患者本次入院的主要症状(或体征)及持续时间;现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结,然后再书写本次入院的现病史。

第二十一条 患者入院不足 24 小时出院的,可以书写 24 小时内入出院记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱、医师签名等。

第二十二条 患者入院不足 24 小时死亡的,可以书写 24 小时内入院死亡记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、死亡时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过(抢救经过)、死亡原因、死亡诊断、医师签名等。

第二十三条 病程记录是指继入院记录之后,对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括患者的病情变化情况、证候演变情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

中医方药记录格式参照中药饮片处方相关规定执行。

病程记录的要求及内容:

(一)首次病程记录是指患者入院后由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录,应当在患者入院 8 小时内完成。首次病程记录的内容包括病例特点、拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断)、诊疗计划等。

1.病例特点:应当在对病史、四诊情况、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征,包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。

2.拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断):根据病例特点,提出初步诊断和诊断依据;对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析;并