

中医、中西医结合 病案

基本规范书写手册

李顺民〔主编〕



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

中医、中西医结合病案 基本规范书写手册

ZHONGYI ZHONGXIYI JIEHE BINGAN
JIBEN GUIFAN SHUXIE SHOUC

主编 李顺民



人民军医出版社

People's Military Medical Press

北 京

图书在版编目(CIP)数据

中医、中西医结合病案基本规范书写手册/李顺民主编. —北京:人民军医出版社,2004. 1
ISBN 7-80194-012-1

I. 中… II. 李… III. 病案-书写规则 IV. R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 078344 号

主 编:李顺民

出 版 人:齐学进

策划编辑:张怡泓

加工编辑:罗子铭

责任审读:李 晨

版式设计:赫英华

封面设计:龙 岩

出版发行:人民军医出版社

地址:北京市复兴路 22 号甲 3 号,邮编:100842,电话:(010)66882586、66882585、51927258

传真:(010)68222916,网址:www.pmmp.com.cn

印 刷:北京京海印刷厂

装 订:腾达装订厂

版 次:2004 年 1 月第 1 版,2004 年 1 月第 1 次印刷

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:13.125 字 数:311 千字

印 数:0001~4000 定 价:20.00 元

(凡属质量问题请与本社联系,电话:(010)51927289、51927290)

编写人员名单

主 审	杨卓欣				
主 编	李顺民				
副主编	陈丽明	欧阳郴生	彭立生	蔡 敏	
编 委	王立新	王 玥	王彩霞	王德萍	皮 敏
	李雨彦	李顺民	刘元献	刘 兵	许爽君
	庄美琼	陈丽明	陈 军	杨曙东	陈鹏毅
	邹映珍	欧阳郴生	郑晓璇	张朝斌	罗 玫
	赵恒侠	黄 彬	曾小粤	彭立生	廖 欣
	熊 广	廖颖钊	蔡 敏		

内容提要

本书介绍了中医、中西医结合临床病案和各种临床记录资料的书写格式和要求,包括门诊、急诊、住院、专科病案和医师查房记录、医嘱、辅助检查报告、护理记录等;还介绍了病案资料整理、排列、装订的方法和要求。每种病案都列有示范例子,书后还附录有病案书写过程中需要经常查阅的规范资料,如中医证候、治法术语、中西药名对照、标准医学和药物名词。是一本规范中医、中西医结合病案书写的工具书,可供中医和中西医结合医师和有关医务人员参阅。

责任编辑 张怡泓 罗子铭

邓 序

中医历代医家十分重视临床实践的记录。司马迁为淳于意立传时,记载了淳于意的 25 则“诊籍”,这是目前所见最早的中医医案资料。医案是中医临证的资料,它具体体现了中医理法方药的综合应用。医家本人记录医案,目的是积累和总结诊疗经验。而学医者通过医案,则可以开阔眼界,增长见识,学到他人的经验。

病案格式规范化是诊断治疗规范化的重要环节,它促进医学的进步。明代出现了整理古代病案的专著,提出建立病案格式的具体要求。韩悉的《韩氏医通》,提出书写病案要“六法兼施”。吴昆的《脉语》对病案格式进一步概括,他称病案为“脉案”,“脉案”一名,流行至今,医家仍用之。韩氏的“六法兼施”和吴氏的补充,对病案模式规范化起着奠基作用,对中医学发展和后世医家也有重大影响。

随着时代的进步,科学技术的发展和我国法制建设的日益完善,中医病案以及中西医结合病案对医疗机械的医疗、教学、科研、医院管理起着越来越重要的作用。病案的书写作为医务工作者的必要基本功也日益受到重视。规范病案的书写格式已成为医务工作者的自身需要和提高中医医疗服务质量、加强医疗机构管理的重要工作。

李顺民教授等专家、学者从事中医药临床管理多年,在有关上级机关的指导下,依据有关病案书写的规范性文件要求,并结合自己在临床工作中的体会编写了《中医、中西医结合病案基本规范书写手册》,为中医及中西医结合事业做了一件有益的事。

该书内容全面、资料较新,具有很强的实用性和可操作性,是临床医师案头良好的参考书,特为之序。

邓铁涛

2003 年 11 月

张 序

病案是医师记录患者病史症状、体征、诊疗经过的原始记录,中医又称诊籍、脉案、医案、病历等,古往今来,受到医家的高度重视。从西汉的《诊籍》,明代《名医类案》、《续名医类案》,清代的《寓意草》、《古今医案》到 20 世纪 90 年代的《中医病案书写规范》,之后又有《中医病案规范(试行)》,2002 年 8 月卫生部和国家中医药管理局制定了《中医、中西医结合病历书写基本规范(试行)》,经过漫长的历史过程,中医、中西医结合病案书写规范化、标准化、系统化正日趋完善。

中医、中西医结合病案在医疗工作中有十分重要的作用。它是患者的诊治档案,它记录了患者最原始的症状、体征和诊疗经过。它是医教研的宝贵资料,它能反映医疗单位的医疗、教学、科研的水平与质量;医疗病例的总结、科研论文的撰写、教学典型病例、新药的开发研制等无不需收集和整理。它是医疗纠纷判定法律责任的事实依据;是保护患者、医务人员以及医院的最原始、最基础、最真实、最有效的档案材料;是专家进行医疗事故鉴定,保险公司对投保人赔偿的主要证据。它是培养临床医务人员的职业道德和科学态度,反映医务人员的文学修养、专业知识、基础理论、基本技能的水平及熟练程度。它是医院科学管理的重要内容,对加强内涵建设,提高医疗质量,促进中医、中西医结合医疗机构标准化、规范化建设,提高科学管理水平有着重要的作用。

贯彻执行好卫生部和国家中医药管理局制定的《中医、中西医结合病历基本规范书写基本规范》是中医、中西医结合医疗机构的重要工作。博士生导师李顺民教授等中青年专家、学者,在认真学习《中医、中西医结合病历书写基本规范》的同时,结合临床及医疗质量管理的实际情况,总结既往病历书写中的有益经验,编写了《中医、中西医结合病案基本规范书写手册》,这是一件十分有意义的工作。我相信,这是一本在进行中医、中西医结合病案书写时有重要参考价值的好书。今推荐给大家,并乐为之序。

张孝娟

2003 年 11 月

目 录

1 中医病历(案)书写通则	(1)
1.1 文字、格式、用语及书写要求	(1)
1.2 病历书写人员资格要求	(2)
1.3 病历书写的时限	(2)
1.4 病历的阅改	(2)
1.5 其他	(3)
2 中医病历(案)的标题名称	(4)
3 住院病历(案)的排列顺序	(5)
3.1 住院期间病历(案)排列顺序	(5)
3.2 出院后病历(案)装订顺序	(5)
4 门诊病历(案)格式及书写要求	(7)
4.1 门诊初诊病历(案)记录	(7)
4.2 门诊复诊病历(案)记录	(9)
5 急诊病历(案)格式及书写要求	(11)
5.1 急诊初诊病历(案)记录	(11)
5.2 急诊复诊病历(案)记录	(13)
5.3 急诊观察记录	(14)
6 住院病历(案)格式及书写要求	(17)
6.1 住院志	(17)
6.2 病程记录	(25)
7 专科病历(案)书写要点	(52)
7.1 中医肛肠科病历(案)书写要点	(52)
7.2 中医骨伤科病历(案)书写要点	(53)
7.3 中医外科病历(案)书写要点	(55)
7.4 中医妇科病历(案)书写要点	(56)
7.5 中医儿科病历(案)书写要点	(58)
7.6 中医针灸科病历(案)书写要点	(59)
7.7 中医皮肤科病历(案)书写要点	(61)
7.8 中医推拿科病历(案)书写要点	(62)
7.9 中医耳鼻咽喉科病历(案)书写要点	(64)
7.10 中医眼科病历(案)书写要点	(66)
8 三级医师查房制度	(69)
8.1 查房通则	(69)
8.2 各级医师查房要求	(69)

9	医嘱.....	(71)
10	辅助检查报告单	(72)
11	住院病案首页签署制度	(73)
12	中医病历(案)质量评价标准	(74)
13	中医护理文书书写内容要求	(78)
	附录.....	(112)
	附录 A 中医证候、治法术语一览表	(112)
	附录 B 常见疾病中、西医病名对照表	(145)
	附录 C 常用标准医学、药物名词一览表	(178)
	附录 D 中医病案书写常见易误字、易混字一览表	(187)

1 中医病历(案)书写通则

1.1 文字、格式、用语及书写要求

【规范要求】

(1)病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整。

(2)住院病历书写应当使用蓝黑墨水、炭素墨水。

(3)门(急)诊病历和需复写的资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。

(4)病历书写应当使用中文和医学术语。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。中医术语的使用依照中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语》(最新版)、《中医病证分析与代码》(最新版)和中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》(最新版)等有关标准规范;中药名称的使用依照《中华人民共和国药典》(最新版);西医疾病诊断及手术名称依照国家标准《疾病分类与代码》(最新版)。

(5)病历书写应当文字工整,字迹清晰,表述准确,语句通顺,标点正确。书写过程中出现错字时,应当用双横线在错字上,不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

(6)书写入院记录,首次病程记录及病程记录在书写中出现错误时由书写医师用蓝黑墨水笔在错误处用双横线划在错误上。

(7)患者因同一种病第二次住入同一医疗机构时书写再次入院记录;患者因同一种病3次以上住入同一医疗机构时书写多次入院记录。

(8)患者入院24小时内自己要求出院者,必须要有患者本人或家属签字。24小时内入出院记录要保留病历归档。

(9)用电脑打印的病历,统一使用宋体小四号字体。

(10)术前小结单列,书写时另起一页。

(11)原来的术后病程记录改为术后首次病程记录,书写时另起一页。

(12)手术、麻醉等同意书应当由患者本人签名,委托他人者,必须出具患者的授权委托书,签名时科室应核对法定代理人身份。

(13)术后医嘱需划一条红线继续书写;重整医嘱抄写未停的医嘱时,其日期按重整日期书写,由重整医师签名。

(14)医嘱中已开的检查或治疗项目,而患者因某种原因未做的,应在医嘱备注中注明“未做”标记,医师须在病程记录上加以说明。

(15)出院记录必须在出院时完成。

(16)病案首页一律按新规范书写,首页中的主任或副主任医师、主治医师、住院医师应及时签名,科主任一栏可由病区负责人代签。

(17)有药物过敏者,在长期医嘱用红笔记录。

1.2 病历书写人员资格要求

(1) 在本医疗机构工作并已获得执业医师资格者,可书写住院志。

(2) 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,应当经过在本医疗机构合法执业的医务人员审核、修改并签名。

(3) 实习医师不能书写入院记录,不能开医嘱。

(4) 新分配转科医师 3 个月后因科室工作需要书写入院记录、开医嘱者,必须经科主任书面向医务科申请同意后,方能书写,且必须有合法执业医师签名后生效。

(5) 具有执业医师资格的进修医务人员应当由接收进修的医疗机构根据其胜任本专业工作的实际情况,经认定后方可书写病历和开医嘱。

1.3 病历书写的时限

(1) “门诊病历”和“急诊病历”中的各种记录及“住院病历”的“日常病程记录”、“抢救记录”、“手术记录”、“转入记录”、“接班记录”、“会诊记录”要求及时完成。

(2) “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。

(3) “24 小时内入出院记录”应当于患者出院后 24 小时内完成。

(4) “死亡记录”、“24 小时内入院死亡记录”应当于患者死亡后 24 小时内完成。

(5) 入院 8 小时内必须完成“首次病程记录”,对于 24 小时入出院的病人也必须书写首次病程记录。

(6) “交班记录”、“转出记录”、“出院记录”要求事先完成。

(7) “死亡病历讨论记录”要求在患者死亡后 1 周内完成,必要时及时讨论。

(8) 住院病历要求在出院后 48 小时内完成归档。

(9) “住院病案首页”实行按科室(或病区)签署首页制度,要求在出院后 2 周内完成。

1.4 病历的阅改

(1) 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,应当用红笔注明修改日期,并签全名,注意保持原记录清楚、可辨。

(2) 上级医师修改病历时用红色墨水笔划双横线修改,并在修改处用蓝黑墨水笔签名,并注明修改日期及修改时间。

(3) 主治医师负责阅改入院记录,并负责病历质量;正、副主任医师及科室(病区)主任应经常检查病历质量。

(4) 入院记录在一页中阅改超过三处,须重新抄写。

(5) 住院病历经各级医师签署首页并归档后,不得再做任何修改。

1.5 其他

(1)书写病历要求做到认真、准确、客观、符合病情。

(2)每份病历一般应体现三级医师查房。

(3)各项化验、检查报告单分类粘贴,整齐有序,标记清楚。要求有统一印制的化验单、检查报告单粘贴纸。住院病历归档后应将所有检验资料用红色墨水笔左低右高划斜线封档。

(4)出院前要清点患者诊疗资料是否齐全。

(5)病历书写中所涉及的标题用语以本《规范》为准。

(6)根据现行《医疗机构管理条例实施细则》的要求,门诊病历保存 15 年,住院病历保存 30 年。病历的保存与管理遵照国家有关档案管理法规执行。

2 中医病历(案)的标题名称

【规范要求】

为使病历各部分名称规范,现将病历中各种标题名称统一规定如下:

(1)病历: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)诊病历和住院期病历。

(2)门诊病历:指患者在门诊就诊时的全部诊疗资料。包括门诊病历首页(门诊手册封面)、病历记录、化验单(检验报告)、医学影像检查资料等。

(3)急诊病历:指患者在急诊就诊和急诊留观期间的全部诊疗资料。包括急诊病历首页(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。

(4)住院病历:指患者在住院期间的全部诊疗资料。包括住院病案首页、住院志、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、麻醉记录单、手术及手术护理记录单、病理资料、护理记录、出院记录(或死亡记录)、病程记录(含抢救记录)、疑难病例讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录、死亡病例讨论记录等。

(5)住院志:指患者入院后,由经治医师通过问诊、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。形式分为入院记录、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。

(6)入院记录:指患者因病第1次住入某一医疗机构后,由经治医师通过问诊、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。

(7)再次入院记录:指患者因同一种病再次住入同一医疗机构时书写的记录。

(8)多次入院记录:指患者因同一种病3次以上住入同一医疗机构时书写的记录。

(9)24小时内入出院记录:指患者入院不足24小时出院书写的记录。

(10)24小时内入院死亡记录:指患者入院不足24小时死亡后书写的记录。

(11)病程记录:指对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。

(12)交(接)班记录:指患者经治医师发生变更之际,交班医师和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录。

(13)转出记录:指患者住院期间需要转科时,经转入科室会诊并同意接收后,由转出科室医师书写的记录。

(14)转入记录:指患者住院期间需要转科时,经转入科室会诊并同意接收后,由转入科室医师书写的记录。

(15)阶段小结:指患者住院时间较长,由经治医师每月所作病情及诊疗情况的总结。

(16)术前小结:指在患者手术前,由经治医师对患者病情所作的总结。

(17)手术记录:指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录。

(18)出院记录:指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结。

(19)死亡记录:指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录。

3 住院病历(案)的排列顺序

3.1 住院期间病历(案)排列顺序

- (1)体温单
- (2)长期医嘱单
- (3)临时医嘱单
- (4)入院记录(再次或多次入院记录)
- (5)首次病程记录
- (6)日常病程记录
- (7)术前讨论记录
- (8)手术记录
- (9)术后首次病程记录
- (10)术后病程记录
- (11)麻醉记录单
- (12)麻醉同意书
- (13)手术同意书
- (14)会诊单
- (15)辅助检查报告
- (16)特殊检查同意书、特殊治疗同意书、输血同意书等各类知情同意书
- (17)有关护理记录
- (18)住院病案首页
- (19)住院证
- (20)前次住院病历或门诊病历或急诊病历等
- (21)外院诊疗资料
- (22)有关医疗证明(患者工作单位的介绍信,外院诊断书,医疗、行政、司法部门的医疗文件副本等)

3.2 出院后病历(案)装订顺序

- (1)目录
- (2)住院病案首页
- (3)出院记录或死亡记录
- (4)住院证

- (5)入院记录(再次或多次入院记录)
- (6)首次病程记录
- (7)日常病程记录
- (8)术前讨论记录
- (9)手术同意书
- (10)麻醉同意书
- (11)麻醉记录单
- (12)手术记录
- (13)术后首次病程记录
- (14)术后病程记录
- (15)死亡病例讨论记录
- (16)特殊检查同意书、特殊治疗同意书、输血同意书等各类知情同意书
- (17)会诊单
- (18)有关护理记录
- (19)辅助检查报告单
- (20)长期医嘱单
- (21)临时医嘱单
- (22)体温单
- (23)有关医疗证明(患者工作单位的介绍信,外院诊断书,医疗、行政、司法部门的医疗文件副本等)
- (24)前次住院病历或门诊病历或急诊病历等
- (25)随访记录

4 门诊病历(案)格式及书写要求

随着城镇职工基本医疗保险制度改革的逐步深化,门诊、急诊病历日显重要,医师应认真记录,进修、实习医师书写的门诊急诊病历须由带教医师签名负责。

(1)门诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

(2)门诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

(3)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。

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

4.1 门诊初诊病历(案)记录

门诊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、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。

【规范要求】

年 月 日

科别

主诉:是指促使患者就诊的主要症状(或)体征及持续时间。要求重点突出,高度概括,简明扼要。不能用诊断或实验室检查结果代替症状、体征。时间描述应确切。

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,并结合中医问诊要求,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。

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、药物过敏史等。

体格检查:阳性体征、必要的阴性体征。

辅助检查:是指就诊时(前)与本次疾病相关的主要检查及其结果。应当写明检查日期,如系在其他医疗机构所作检查,应当写明该机构名称。

诊断:诊断为多项时应当主次分明。

中医诊断:包括疾病诊断与证候诊断。

西医诊断:分行列举各个西医诊断。

治疗意见:

1. 中医论治:记录治法、方药、用法等。
2. 西医疗治:记录具体用药、剂量、用法等。
3. 进一步的检查项目。
4. 饮食起居宜忌、随诊要求、注意事项。

医师签名:

【病历示例】

门诊初诊病历记录

2002年11月11日

科别:肝病专科

主 诉:胁痛间作20年,加重伴双下肢浮肿半个月。

现病史:患者平素嗜食辛辣厚味,自1982年因工作劳累后,感右胁隐痛间作,遂来我院体检发现HBsAg(+)、肝功能异常,在门诊间断服用柴胡疏肝丸等中成药,未见明显好转。国庆节前后劳累不堪,自10月25日起感右胁痛加重,呈刺痛间作,且伴有双下肢浮肿,在我院门诊就诊,检验报告示ALT 203U/L,AST 306U/L,AlB 30g/L,A/G=1.2/1:B超示:肝脏小于正常,回声不均,门静脉18cm。脾厚46cm。现症见:右胁痛,夜寐不安,腹胀,纳差,双下肢浮肿,尿黄,便秘。

既往史:既往未发现其他传染病,亦无其他系统慢性病史,无手术、外伤及输血史,未发现药物过敏。

体格检查:慢性肝病面容。舌暗红,苔白厚,脉弦。皮肤、巩膜未见黄染,可见肝掌,未见蜘蛛痣。浅表淋巴结未触及。双肺呼吸音清晰。心率80次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹稍隆起,肝上界第五肋间,肋下未触及,脾在左锁骨中线肋缘下1.5cm处可触及,质中,表面光滑,无压痛,莫非征阳性,腹部叩诊呈鼓音,肝区轻叩痛,移动性浊音(-)。双下肢指凹性浮肿(+).

辅助检查:

血生化(10月27日):ALT203U/L,AST306U/L,T-BILI 21mmol/L,DB 17mmol/L。

B超(10月27日):肝脏回声不均,小于正常,脾大,胆壁粗糙,增厚。

诊断:

中医诊断:胁痛

肝郁血瘀型

西医诊断:病毒性肝炎

1. 肝硬化,失代偿

2. 慢性胆囊炎

治疗意见:

(1)中医论治:以疏肝祛瘀通络之法,方拟疏肝散合血府逐瘀汤加减。

方如下:柴胡 10g 桃仁 30g 杏仁 10g 莪术 30g

茯苓 20g 枳实 10g 防己 10g 麦冬 30g

郁金 10g 薏苡仁 10g 5剂

每日1剂,加水300ml取汁150ml。复煎,二煎相兑,分2次温服。

(2)西医治疗:

①5%葡萄糖注射液+肝复肽160mg,静滴,每日1次,40滴/分×5天

②复方丹参注射液250ml,静滴,每日1次,40滴/分×5天

③肝安注射液250ml,静滴,每日1次,40滴/分×5天

④西利宾胺3盒,4片,3次/日