

医政管理规范之一

BINGLI SHUXIE GUIFAN

主编 唐维新

# 病历 书写规范

东南大学出版社

# 病历书写规范

东南大学出版社

·南京·

## 内 容 提 要

《病历书写规范》共分十章。第一章为病历书写的基本规则和要求;第二章为病历的格式与内容;第三章为各专科病历书写要求;第四章为中医科病历书写要求;第五章为病程记录及其他记录书写要求;第六章为常用检查申请单、报告单书写要求;第七章为护理文书书写要求;第八章为病历管理;第九章为病历表格;第十章为附录。

本书内容全面、新颖、实用,体现时代特征、社会进步、学术发展和管理要求;有利于医政管理,适应《执业医师法》、《医疗事故处理条例》等法律、法规实施的需要。适合各级医疗机构使用,是广大医务人员及医院管理者的必备工具书,也可作为医学院校卫生管理专业、临床、医技和护理专业老师、学生的参考用书。

## 图书在版编目(CIP)数据

病历书写规范/唐维新主编. —南京:东南大学出版社,2002.12

ISBN 7-81089-093-X

I. 病... II. 唐... III. 病案-书写规则  
IV. R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 095138 号

东南大学出版社出版发行

(南京四牌楼 2 号 邮编 210096)

出版人:宋增民

江苏省新华书店经销 常熟市华顺印刷有限公司印刷

开本:850mm×1168mm 1/32 印张:10.5 字数:266千字

2003年1月第1版 2003年7月第11次印刷

印数:78001~81000册 定价:18.00元

(凡因印装质量问题,可直接向发行科调换。电话:025-3795802)

# 医政管理规范编委会

主任委员 唐维新

副主任委员 郑必先 李少冬 卢晓玲

## 委 员

王铀生 方佩英 俞 军 蔡忠新 谭伟良

曹金海 周 伟 解满平 蒋 忠 杨 军

李照金 陈鼎荣 王 勤 张金宏 赵淮跃

王一镗 邵志高 王毓三 曾因明 王德杭

蒋光裕 孟智玲 吉济华

秘 书 张金宏(兼)

医政管理规范之一

## 《病历书写规范》编委会

**主 编：** 唐维新

**副主编：** 郑必先 李少冬 蒋光裕 张金宏

**编 委：**(按姓氏笔画顺序排列)

丁丽华	王德杭	韦镛澄	朱泰来	张仲芳	张克智
张钟灵	沈正善	邱海波	陆凤翔	陈永田	陈玉心
陈志强	周重婉	季国忠	林桂芳	金友仁	金 陵
俞未一	胡毅华	徐其昌	袁南荣	顾可梁	常国钧
盛国林	眭元庚	韩光曙	潘淮宁	霍孝蓉	薛小玲
薛五骐					

# 序

医政管理规范、临床操作常规、诊疗技术标准是医院工作和医务人员医疗行为的重要依据,是医院工作科学化、规范化、制度化、标准化的重要保证。自20世纪80年代初以来,江苏省卫生厅陆续出台了《病历书写规范》等多部医政管理规范、临床操作常规和诊疗技术标准。多年的实践证明,这些规范、常规、标准具有一定的科学性和实用性,对加强医院科学管理、提高医疗护理质量、保障医疗安全,发挥了良好作用。面对医疗卫生法律法规逐步健全,当代医学科学技术迅猛发展,先进临床诊疗技术的广泛应用,医学模式转变,人民群众医疗服务需求不断提高等新形势,原有的规范、常规、标准有不少不相适应之处,急需进行修订、完善。为此,江苏省卫生厅在原有规范和广泛征求意见的基础上,组织有关专家,历时一年多修改、编写了医政管理规范、临床操作常规和诊疗技术标准,并将陆续出版发行。这一系列规范、常规、标准除了在文字上力求精练、明确外,在内容上尽量体现“全面、新颖、实用”三大特色。所谓“全面”,是指内容涵盖了现有施行的医疗卫生法律、法规、规章、规范、常规、标准;所谓“新颖”,是指吸取了临床、医技等各学科、领域的新理论、新技术、新成果,适应了医疗卫生管理法律、法规的新规定、新要求、新举措;所谓“实用”,是指从当前医院管理和临床、医技工作的实际出发,力求切实可行,同时又适当考虑到发展的前景,既立足江苏,又面向全国,以便更好地适应医政管理和医院工作的需要。这一系列的规范、常规和标准,是各级医政管理工作、各级各类医院和广大医务人员今后一段时期工作的指南、行为的向导、管理的规范、诊疗的依据,对深化医院各项改革、加强医院科学管理、提高医疗技术水平、规范医务人员行为、保

障医疗安全必将发挥重要作用。同时,这一系列规范、常规和标准也可作为医学院校卫生管理专业、临床、医技和护理等专业老师、学生教学参考用书。

由于修订、编写的水平等诸多因素限制,难免有未尽之处,敬请提供意见,以便进一步完善、提高。对参加修订、编写的各位医政和医院管理者、临床专家、教授的辛勤劳动和奉献精神,在此深表谢意!

唐维新

2002年11月

# 前 言

病历属于医药卫生科技档案,是国家档案的重要组成部分。

病历是医疗工作的全面记录,客观地反映疾病诊断、治疗及其转归的全过程。在现代医院管理中,病历作为医疗活动信息的主要载体,不仅是医疗、教学、科研的第一手资料,而且也是综合评价医院医疗质量、技术水平、管理水平的依据。发生医疗事故争议时,病历还是举证的法律书证,是判定责任的重要证据之一。统一病历格式,规范书写要求,提高书写质量,是提高医务人员业务素质的基本途径和加强医疗质量控制的重要环节,也是医院现代化建设的重要内涵之一。江苏省卫生厅1981年编印的《江苏省病历书写规范》(以下简称《规范》),1987、1996年又先后作了两次修订并分别下发执行后,对全省各级各类医院病历书写和管理工作的进行起到了促进作用,为开展医院分级管理和医院评审工作奠定了基础,为加强医疗质量管理,提高临床医疗、教学和科研工作水平创造了条件。

随着医院改革的深化和医学科学技术的发展,医院管理模式和服务功能结构的变化以及国家法制建设的不断完善,对病历书写和病历管理提出了新的要求,原《规范》已不能完全适应临床工作的需要。为强化医务人员基本功训练,规范医务人员诊疗行为;有利于医学科学水平的提高与发展;体现时代特征、社会进步和学术发展;有利于医政管理,适应《医疗事故处理条例》实施的新形势;把病历书写与病历管理纳入先进科学管理及法制管理轨道,江苏省卫生厅委托江苏省医院管理学会组织全省各大医院的部分临床医学专家和医院管理工作者,对原《规范》进行第三次修订。鉴于国内尚缺乏病历书写与病历管理的专著,本书作为补阙正式出



版发行。

这次对《规范》的修改,在保持原书基本框架和内容的原则下,增补了一些新的内容,特别是充分体现了《医疗事故处理条例》的要求,删除了一些比较繁琐的内容,减少了不必要的重复,增加了表格式病历,以适应实际工作的需要。

《规范》是医务人员病历书写的标准,又是医院管理的标准,医疗机构和医务人员应认真贯彻执行,并以此作为考核评价医疗服务质量的依据。

由于医院改革不断深化,医学科学技术不断发展,医院管理水平不断提高,《规范》仍会面临新问题,我们将注意总结经验,以便今后进一步修订,使之更臻完善。

在《规范》修订过程中,得到江苏省人民医院、南京医科大学第二附属医院、苏州大学附属第一医院、苏州大学附属第二医院、苏州大学附属儿童医院、南通医学院附属医院、徐州医学院附属医院、东南大学附属中大医院、中国医学科学院皮肤病医院、江苏省肿瘤医院、江苏省口腔医院、南京市鼓楼医院、南京市第一医院、南京市第二医院、南京脑科医院、南京市儿童医院、南京市口腔医院、南京市妇幼保健院、南京市胸科医院、江苏省中医药局、江苏省护理学会、江苏省临床检验中心、无锡市卫生局、常州市卫生局、南通市卫生局、盐城市卫生局、镇江市卫生局、泰州市卫生局等单位的支持,在此一并感谢。

江苏省卫生厅

2002年10月

# 目 录

<b>第一章 病历书写的基本规则和要求</b> .....	(1)
<b>第二章 病历的格式与内容</b> .....	(4)
第一节 门诊病历 .....	(4)
第二节 住院病历 .....	(6)
第三节 入院记录 .....	(17)
第四节 再次住院病历(再入院记录) .....	(18)
第五节 24 小时内入、出院记录或 24 小时内入院死亡记录 .....	(19)
<b>第三章 各专科病历书写要求</b> .....	(20)
第一节 呼吸内科病历书写要求 .....	(20)
第二节 消化内科病历书写要求 .....	(22)
第三节 心血管内科病历书写要求 .....	(24)
第四节 肾脏内科病历书写要求 .....	(25)
第五节 血液病科病历书写要求 .....	(27)
第六节 内分泌科病历书写要求 .....	(28)
第七节 风湿病科病历书写要求 .....	(30)
第八节 神经内科病历书写要求 .....	(32)
第九节 精神科病历书写要求 .....	(34)
第十节 肺结核病病历书写要求 .....	(35)
第十一节 感染病科病历书写要求 .....	(36)
第十二节 急性中毒病历书写要求 .....	(37)
第十三节 普外科病历书写要求 .....	(39)
第十四节 胸外科病历书写要求 .....	(42)

第十五节	泌尿外科病历书写要求 .....	(43)
第十六节	骨科病历书写要求 .....	(45)
第十七节	神经外科病历书写要求 .....	(52)
第十八节	烧伤科病历书写要求 .....	(53)
第十九节	整形外科病历书写要求 .....	(55)
第二十节	儿外科病历书写要求 .....	(57)
第二十一节	妇科病历书写要求 .....	(59)
第二十二节	产科病历书写要求 .....	(61)
第二十三节	儿科病历书写要求 .....	(63)
第二十四节	新生儿病历书写要求 .....	(66)
第二十五节	儿科各专业病历书写要求 .....	(68)
第二十六节	眼科病历书写要求 .....	(70)
第二十七节	耳鼻咽喉科病历书写要求 .....	(72)
第二十八节	口腔科病历书写要求 .....	(75)
第二十九节	皮肤科病历书写要求 .....	(78)
第三十节	介入放射科病历书写要求 .....	(80)
<b>第四章</b>	<b>中医病历书写要求 .....</b>	<b>(82)</b>
第一节	门诊病历 .....	(82)
第二节	住院病历 .....	(83)
第三节	入院记录 .....	(86)
<b>第五章</b>	<b>病程记录及其他记录书写要求 .....</b>	<b>(88)</b>
第一节	病程记录 .....	(88)
第二节	上级医师查房记录 .....	(90)
第三节	交(接)班记录 .....	(90)
第四节	会诊申请和会诊记录 .....	(91)
第五节	转出(入)记录 .....	(92)
第六节	病例讨论记录 .....	(92)
第七节	手术前小结 .....	(94)

第八节	手术记录 .....	(94)
第九节	手术后病程记录 .....	(95)
第十节	麻醉记录 .....	(96)
第十一节	出(转)院记录 .....	(98)
第十二节	死亡记录 .....	(98)
第十三节	同意书 .....	(99)
第十四节	住院病案首页填写说明及要求 .....	(100)
<b>第六章</b>	<b>常用检查申请单、报告单书写要求 .....</b>	<b>(108)</b>
第一节	检验申请单、报告单 .....	(108)
第二节	病理检查申请单、报告单 .....	(109)
第三节	X线检查申请单、报告单 .....	(109)
第四节	CT、MRI、DSA 检查申请单、报告单 .....	(110)
第五节	超声检查申请单、报告单 .....	(111)
第六节	内窥镜检查与治疗申请单、报告单 .....	(112)
第七节	心电图检查申请单、报告单 .....	(112)
第八节	脑电生理(脑电图、脑地形图、诱发电位)、多普勒检查申请单、报告单 .....	(113)
<b>第七章</b>	<b>护理文件书写要求 .....</b>	<b>(114)</b>
第一节	体温单 .....	(114)
第二节	医嘱和医嘱单 .....	(117)
第三节	长期医嘱执行单 .....	(118)
第四节	护理记录单 .....	(119)
第五节	手术护理记录单 .....	(120)
<b>第八章</b>	<b>病历管理 .....</b>	<b>(121)</b>
第一节	病历排列次序 .....	(121)
第二节	病历管理要求 .....	(125)
第三节	病历质量评定标准 .....	(127)
第四节	电子病历 .....	(132)

<b>第九章 病历表格</b> .....	(135)
<b>第一节 病历表格印制规范</b> .....	(135)
<b>第二节 检验申请单、报告单印制规范</b> .....	(136)
<b>第三节 表格式记录式样</b> .....	(136)
1. 住院病案首页 .....	(137)
2. 中医住院病案首页 .....	(139)
3. 住院病历 .....	(141)
4. 神经内科入院记录 .....	(145)
5. 精神科入院记录 .....	(149)
6. 肺结核病入院记录 .....	(153)
7. 肿瘤内科入院记录 .....	(157)
8. 急性中毒入院记录 .....	(161)
9. 慢性肾衰竭血液净化入院记录 .....	(164)
10. 颅脑外伤入院记录 .....	(168)
11. 神经外科(肿瘤)入院记录 .....	(173)
12. 神经外科(脑血管病)入院记录 .....	(179)
13. 烧伤入院记录 .....	(185)
14. 妇科入院记录 .....	(187)
15. 产科入院记录 .....	(190)
附:待产记录 .....	(192)
产程进展图 .....	(193)
产时记录 .....	(194)
剖宫产手术记录 .....	(195)
产后记录 .....	(196)
新生儿记录 .....	(197)
16. 计划生育科入院记录 .....	(198)
附:中期妊娠引产产时记录 .....	(200)
中期妊娠引产产后记录 .....	(201)

中期妊娠引产手术记录 .....	(202)
中期妊娠引产手术后记录 .....	(203)
17. 儿科入院记录 .....	(204)
18. 新生儿入院记录 .....	(207)
19. 眼科入院记录 .....	(210)
20. 鼻科入院记录 .....	(212)
21. 耳科入院记录 .....	(214)
22. 口腔牙周科门诊病历 .....	(217)
23. 口腔牙周检查记录表 .....	(218)
24. 口腔正畸科门诊病历 .....	(219)
25. 口腔粘膜科门诊病历 .....	(223)
26. 口腔颌面外科肿瘤入院记录 .....	(225)
27. 口腔颌面外科炎症入院记录 .....	(228)
28. 口腔颌面外科损伤入院记录 .....	(231)
29. 口腔颌面外科唇腭裂入院记录 .....	(234)
30. 皮肤科入院记录 .....	(237)
31. 介入放射科入院记录 .....	(242)
32. 手术前小结 .....	(244)
33. 手术记录 .....	(245)
34. 麻醉前小结 .....	(246)
35. 麻醉记录 .....	(247)
36. 会诊单 .....	(250)
37. 甲状腺癌 <sup>131</sup> 碘治疗入院记录 .....	(251)
38. 甲状腺机能亢进 <sup>131</sup> 碘治疗入院记录 .....	(255)
39. ICU 监测记录单 .....	(257)
40. APACHE II 危重病评分系统表 .....	(258)
41. 呼吸器支持治疗记录单 .....	(259)
42. 脑外科 ICU 监测记录单 .....	(260)

43. 出院记录 .....	(261)
44. 死亡病例讨论记录 .....	(262)
45. 死亡记录 .....	(263)
46. 体温单 .....	(264)
47. 长期医嘱单 .....	(265)
48. 临时医嘱单 .....	(266)
49. 长期医嘱执行单 .....	(267)
50. 一般护理记录单 .....	(268)
51. 危重症护理记录单 .....	(269)
52. 手术护理记录单 .....	(270)
53. 病理检查申请单 .....	(271)
54. 病理报告单 .....	(272)
55. 尸体解剖申请单 .....	(273)
56. 尸体解剖诊断报告书 .....	(275)
57. X线检查申请单 .....	(276)
58. X线检查报告单 .....	(277)
59. CT检查申请单 .....	(278)
60. CT检查报告单 .....	(279)
61. MRI检查申请单 .....	(280)
62. MRI检查报告单 .....	(281)
63. 介入放射诊治申请单 .....	(282)
64. 超声检查申请单 .....	(283)
65. 肝胆胰脾超声报告单 .....	(284)
66. 泌尿系超声报告单 .....	(285)
67. 妇产科超声报告单 .....	(286)
68. 血管超声报告单 .....	(287)
69. 血液检验单 .....	(288)
70. 尿液检验单 .....	(289)

71. 粪便检验单 .....	(290)
72. 临床化学检验单 .....	(291)
73. 临床免疫学检验单 .....	(292)
74. 检验单 .....	(293)
75. 检验申请单 .....	(294)
76. 检验报告单 .....	(295)
<b>第四节 同意书、授权委托书式样 .....</b>	<b>(296)</b>
1. 输血治疗同意书 .....	(296)
2. 手术同意书 .....	(297)
3. 特殊治疗同意书 .....	(299)
4. 特殊检查同意书 .....	(301)
5. 授权委托书 .....	(303)
<b>第十章 附录</b>	
处方书写规范 .....	(304)
处方质量合格标准 .....	(305)
处方常用拉丁缩略语 .....	(306)
医学上常用的法定计量单位 .....	(308)



## 第一章 病历书写的基本规则和要求

病历是诊疗工作中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和。它是医务人员通过问诊、查体、实验室及器械检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料,并进行归纳、分析、整理形成的医疗工作记录。它反映了疾病的全过程,是临床医师进行正确诊断、抉择治疗和制定预防措施的科学依据。病历既反映医院管理、医疗质量和业务水平,也是临床教学、科研和信息管理的重要资料;同时也是考核医务人员医德、评价医疗服务质量、医院工作绩效的主要依据。病历是具有法律效力的医疗文件。因此,临床医师必须以极端负责的精神和实事求是的态度,严肃认真地书写病历。

病历书写应遵循以下基本规则和要求:

1. 病历应当使用蓝黑墨水、碳素墨水书写,需复写的资料可用蓝或黑色油水的圆珠笔书写。

2. 病历书写内容应客观、真实、准确、及时、完整、重点突出、层次分明;表述准确、语句简练、通顺;书写工整、清楚;标点符号正确;书写不超过格线;在书写过程中,若出现错字、错句,应在错字、错句上用双横线标示,不得采用刀刮、胶粘、涂黑、剪贴等方法抹去原来的字迹。

3. 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(毕业后第一年)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,审查修改应保持原记录清楚可辨,并注明修改时间。修改、签名一律用红笔。修改病历应在 72 小时内完成。

4. 进修医务人员应当由接收进修的医疗机构根据其胜任本