

病历书写 基本规范及解读

(最新版)

主编 卢娜 郑艳 赵可晓



BINGLI SHUXIE
JIBENGUIFAN JI JIEDU



病历书写基本规范及解读

(最 新 版)

主 编 卢 娜 郑 艳 赵可晓

副主编 李炯侑 杨 诚 胡晓莺 纪 冰

唐 民

编 者 (以姓氏拼音为序)

安淑媛 毕璐娜 陈 鹤 戴丽娜

高 倩 谷兆敏 韩春山 李 平

林丽丽 刘欣悦 刘雪亮 马光红

裴 娜 苏 晨 孙 雪 孙宏权

汤 伟 王 琦 王 军 王美霞

肖雪英 雍静静 张 涛 周 永

内容简介

本书共分十一章,内容包括:病历书写基本要求,门(急)诊病历书写要求及格式,入院记录书写要求及格式,入院记录书写要求及格式,病程记录书写要求及格式,知情同意书,专科病历书写重点要求,处方、医嘱书写要求及格式,医技科室常用申请单及报告单书写要求及格式,住院病案首页书写要求及格式,电子病历管理要求,病案(病历)管理质量与控制。

本书适合各级医院医务人员书写病历时参考,有助于促进病历质量持续提高。

图书在版编目(CIP)数据

病历书写基本规范及解读/卢娜,郑艳,赵可晓主编. —沈阳:辽宁科学技术出版社, 2018. 5

ISBN 978 - 7 - 5591 - 0766 - 4

I. ①病… II. ①卢… ②郑… ③赵… III. ①病案—书写规则 IV. ①R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 124726 号

版权所有 侵权必究

出版发行:辽宁科学技术出版社
北京拂石医典图书有限公司
地址:北京海淀区车公庄西路华通大厦 B 座 15 层
联系电话:010-57262361/024-23284376
E - mail: fushimedbook@163.com
印刷者:三河市双峰印刷装订有限公司
经销者:各地新华书店

幅面尺寸:185mm×260mm
字 数:502 千字
出版时间:2018 年 6 月第 1 版

印 张:20.25
印刷时间:2018 年 10 月第 2 次印刷

责任编辑:李俊卿
封面设计:咏 潇
版式设计:天地鹏博

责任校对:梁晓洁
封面制作:咏 潇
责任印制:丁 艾

如有质量问题,请速与印务部联系 联系电话:010-57262361

定 价:58.00 元

前 言

病历是医务人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料，并通过归纳、分析、整理形成的医疗活动记录，完整、系统地记载患者疾病的发生、发展、诊断、治疗、归转，与患者及家属交代沟通等情况。一份病历集患者各种医疗信息于一体，具有备忘、备考、守信、凭证等功能，在医疗、教学、科研、医院管理、医疗付费、法律凭证、疾病预防、史料等方面发挥重要作用。

此次编写《病历书写基本规范及解读》，依据卫生部《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号），国家卫生计生委、国家中医药管理局《医疗机构病历管理规定（2013年版）》（国卫医发〔2013〕31号），国家卫生计生委《住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》（国卫办医发〔2016〕24号）和《住院病案首页数据质量管理与控制指标（2016）版》，国家卫生计生委、国家中医药管理局《电子病历应用管理规范（试行）》（国卫办医发〔2017〕8号）等文件精神，结合等级医院评审要求及医疗工作实际予以更新、补充、完善，更加注重规范执业行为、加强医患沟通、提高诊疗技术和病历书写质量，希望会对大家的病历书写及质量控制工作有所帮助。

全书共分十一章，内容包括：病历书写基本要求，门（急）诊病历书写要求及格式，入院记录书写要求及格式，入院记录书写要求及格式，病程记录书写要求及格式，知情同意书，专科病历书写重点要求，处方、医嘱书写要求及格式，医技科室常用申请单及报告单书写要求及格式，住院病案首页书写要求及格式，电子病历管理要求，病案（病历）管理质量与控制。

本书在编写过程中，参阅了《山东省病历书写基本规范（2010年版）》、安徽省《病历书写规范（最新版）》部分内容，在此谨致谢意。

由于编者水平有限，书中难免存在不妥之处，敬请指正。

编者
2018年5月

目 录

第一章 病历书写基本要求	(1)
第一节 病历的定义	(1)
第二节 病历的价值及书写意义	(1)
第三节 病历的分类及组成	(3)
第四节 病历书写原则及基本要求	(4)
第二章 门（急）诊病历书写要求及格式	(7)
第一节 门（急）诊病历的书写要求	(7)
第二节 门（急）诊病历格式	(9)
第三节 急诊留观记录	(13)
第三章 入院记录书写要求及格式	(15)
第一节 入院记录书写要求及格式	(15)
第二节 住院病历书写要求及格式	(24)
第三节 再次或多次入院记录书写要求及格式	(31)
第四节 24 小时内入出院记录书写要求及格式	(33)
第五节 24 小时内入院死亡记录书写要求及格式	(35)
第四章 病程记录书写要求及格式	(37)
第一节 首次病程记录书写要求及格式	(37)
第二节 日常病程记录书写要求及格式	(39)
第三节 上级医师查房记录书写要求及格式	(40)
第四节 疑难病例讨论记录书写要求及格式	(41)
第五节 交（接）班记录的书写要求及格式	(43)
第六节 转科记录书写要求及格式	(46)
第七节 阶段小结书写要求及格式	(48)
第八节 抢救记录的书写要求及格式	(49)
第九节 有创诊疗操作记录书写要求及格式	(50)
第十节 会诊记录书写要求及格式	(51)
第十一节 输血记录书写要求及格式	(54)
第十二节 术前小结书写要求及格式	(54)
第十三节 术前讨论记录书写要求及格式	(56)

第十四节	手术记录书写要求及格式	(58)
第十五节	术后首次病程记录的书写要求及格式	(59)
第十六节	麻醉术前访视记录书写要求及格式	(60)
第十七节	麻醉记录书写格式及要求	(62)
第十八节	手术安全核查记录书写要求及格式	(64)
第十九节	麻醉术后访视记录书写要求及格式	(67)
第二十节	出院记录书写要求及格式	(68)
第二十一节	死亡记录书写要求及格式	(69)
第二十二节	死亡病例讨论记录书写要求及格式	(71)
第五章	知情同意书	(74)
第一节	概述	(74)
第二节	知情同意书履行的主体	(74)
第三节	常用的知情同意书	(79)
第四节	知情同意书示例	(80)
第六章	专科病历书写重点要求	(123)
第一节	呼吸内科病历书写重点要求	(123)
第二节	心血管内科病历书写重点要求	(125)
第三节	消化内科病历书写重点要求	(126)
第四节	肾脏内科病历书写重点要求	(128)
第五节	血液内科病历书写重点要求	(129)
第六节	内分泌科病历书写重点要求	(130)
第七节	神经内科病历书写重点要求	(131)
第八节	风湿免疫科病历书写重点要求	(134)
第九节	肿瘤内科病历书写重点要求	(135)
第十节	精神科病历书写重点要求	(136)
第十一节	外科病历书写重点要求	(139)
第十二节	急诊内科病历书写重点要求	(147)
第十三节	急诊外科病历书写重点要求	(150)
第十四节	老年医学科病历书写重点要求	(151)
第十五节	重症医学科病历书写重点要求	(152)
第十六节	疼痛科病历书写重点要求	(153)
第十七节	妇产科病历书写重点要求	(155)
第十八节	儿内科病历书写重点要求	(157)
第十九节	儿外科病历书写重点要求	(159)
第二十节	中医科病历书写重点要求	(160)
第二十一节	感染性疾病科病历书写重点要求	(163)

第二十二节	皮肤性病科病历书写重点要求	(164)
第二十三节	眼科病历书写重点要求	(166)
第二十四节	耳鼻喉科病历书写重点要求	(169)
第二十五节	口腔科病历书写重点要求	(171)
第二十六节	康复医学科病历书写重点要求	(176)
第二十七节	放射肿瘤科病历书写重点要求	(178)
第二十八节	介入医学科病历书写重点要求	(179)
第二十九节	核医学科病历书写重点要求	(180)
第三十节	营养科病历书写重点要求	(181)
第三十一节	高压氧科病历书写重点要求	(182)
第七章	处方、医嘱书写要求及格式	(183)
第一节	处方的定义、书写规范	(183)
第二节	处方的权限、限量及质量控制标准	(195)
第三节	医嘱书写要求及格式	(198)
第八章	医技科室常用申请单及报告单书写要求及格式	(204)
第一节	放射医学检查申请单、报告单书写要求及格式	(204)
第二节	超声检查申请单、报告单书写要求及格式	(212)
第三节	内镜检查申请单、报告单书写要求及格式	(215)
第四节	医学检验申请单、报告单书写要求及格式	(218)
第五节	病理检查申请单、报告单书写要求及格式	(220)
第六节	特检申请单、报告单书写要求及格式	(223)
第七节	核医学检查申请单、报告单书写要求及格式	(229)
第九章	住院病案首页书写要求及格式	(231)
第十章	电子病历管理要求	(242)
第十一章	病案(病历)管理与质量控制	(244)
第一节	概述	(244)
第二节	病案(病历)管理相关规章制度	(245)
第三节	住院病历质量评价标准	(251)
第四节	病历表格使用印刷的规范	(261)
附录		(265)
一、	《中华人民共和国执业医师法》摘录	(265)
二、	《中华人民共和国侵权责任法》摘录	(269)

三、病历书写基本规范	(273)
四、电子病历应用管理规范（试行）	(280)
五、医疗机构病历管理规定	(283)
六、医疗事故处理条例	(287)
七、医疗质量管理办法	(296)
八、处方管理办法	(302)
九、住院病案首页数据质量管理与控制指标（2016 年版）	(308)
十、住院病历排序	(314)

第一章 病历书写基本要求

第一节 病历的定义

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,是患者的诊疗记录。对于患者的诊疗记录,曾经称呼不一,传统医学称之为诊籍、医案或脉案,现代医学称之为病案、病历,我国卫生部于1953年曾将诊籍、医案、病历等统称为病案。目前临床上对患者的诊疗记录最常用的称呼是病历和病案。2013年国家卫生计生委、国家中医药管理局印发的《医疗机构病历管理规定(2013年版)》(国卫医发〔2013〕31号)第二条规定:“病历归档以后形成病案,”对病历和病案做了区分。

早在公元前6世纪就有了世界上最早的病历,在古希腊阿戈利斯湾的东海岸波罗奔尼撒半岛的一个村子里矗立着一尊阿克勒庇俄斯神像,病人纷纷来顶礼膜拜,祈祷自己早日痊愈,庙里的祭司们为方便诊治这些病人专门腾出一间房子来,并将每个病人的病情、症状、治疗结果一一记录在案,作为个人病历妥善保管起来,这是最早的病历。在我国,病历古称“医案”“诊籍”等,对于医案,《辞源》中解释是“医生治疗疾病时理、法、方、药的连续记录”,即今之病历,是中医文献重要组成部分。我国最早的病历可追溯到西汉初年,西汉著名医家淳于意,因做过管理粮仓的小官,便被人们称为“仓公”,他注重详细记录病历,将典型病例进行整理,写出了中国医学史第一部医案——《诊籍》,《诊籍》是中国历史上最早的医案典范,开创了中国医学临床病案记录之先河。汉代历史学家司马迁在《史记》中为淳于意作传时,曾摘要记录了他的25份病历,这是我们现在所能见到的古人最早的“病历”。一般认为,我国现代病案管理起始于1921年北京协和医院建立病案室,目前病案管理正朝着电子化、信息化的方向发展,病历也在医、教、研、医院管理、医疗付款、医疗纠纷和法律依据、预防疾病等方面发挥着越来越不可估量的作用。

第二节 病历的价值及书写意义

一、病历的价值

病历是医务人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料,并通过归纳、分析、整理形成的医疗活动记录,完整、系统地记载了患者疾病的发生、发展、诊断、治疗、归转等情况。一份病历集患者各种医疗信息于一体,具有备忘、备考、守信、凭证等功能,在医疗、教学、科研、医院管理、医疗付费、法律凭证、预防疾病、史料等方面发挥重要作用。

(一) 在医疗方面

现代医学的特点是群体参与性,病历资料可以作为医疗团体内或医疗机构之间信息传递

的桥梁、纽带，医务人员在短时间内便可复习到患者的现病史、既往史、个人史、家族史、近期用药情况、药物过敏情况、辅助检查结果等重要的信息，对患者病情判断、诊疗计划至关重要。

（二）在医学教学方面

病历资料连续、系统地记载了患者病情和诊疗经过，反映出了某个病例的全貌；记录了疾病在不同体质、不同年龄患者身上不同的临床表现，也记录了不同体质、不同年龄患者诊疗方案的侧重，是“活的教科书”。

（三）在科研方面

病历为科学研究提供资料，病历连续、详细地记录患者诊疗过程，研读病历资料获取有效信息，通过描述性研究、分析性研究等探讨影响疾病发生发展的因素、探讨治疗效果。

近几年来，病历电子化管理，病历管理系统优化升级，促进了电子病历信息的有效共享，方便了各种科研大数据的提取，为大样本科学研究提供了便利。

（四）在医院管理方面

病历资料中包含着疾病诊断、手术操作、医疗用药、器械耗材、输血、住院日、非计划入院、辅助检查等大量原始信息，是医院管理中的平均住院日、人均费用、耗占比、药占比等重要信息来源，通过对病案资料的统计分析，便可了解医疗水平、管理水平，为制定医院管理目标、评价管理质量、医院评审、学科建设、病种管理、绩效考核提供依据。

（五）在医疗付费方面

医药卫生体制改革在我国如火如荼地进行着，社会医疗保险制度、商业医疗保险制度逐步完善，病历是进行医疗费用报销的基本凭据。目前我国采用按项目、单病种、相关疾病诊断分组（Diagnosis Related Groups, DRGs）等多元化医保支付方式。单病种付费模式通过统一的疾病诊断分类，科学地制定出每一种疾病的定额偿付标准，社保机构按照该标准与住院人次向定点医疗机构支付住院费用，这种支付方式与每个病例及其诊断有关。DRGs 付费模式根据病人的年龄、性别、住院天数、临床诊断、病症、手术、疾病严重程度等因素把病人分入诊断相关组，然后决定给医院多少补偿，是一种比单病种付费模式更为科学、合理的付费模式，我国处于起始阶段。北京版 DRGs（BJ-DRGs）于 2008 年制定完成，目前北京多家医院试运行；上海等地区也推出相应的 DRGs，这些支付方式都需要病案的凭证作用。

（六）在法律依据方面

病历资料客观、真实、准确、及时、完整、规范，具有法律效力，是进行司法鉴定的可靠证据，为医疗纠纷鉴定、患者伤残级别鉴定、公民出生证明、公民死亡证明等提供原始材料。病历客观地记录了医务人员诊疗措施的合理性、及时性，当医患双方对医疗后果及其原因的认识上发生分歧造成医疗纠纷时，是纠纷调查过程中的可靠依据。

（七）在预防疾病方面

病历详细地记录了患者疾病的发生、个人史、既往史、发展、归转等信息，通过归纳总结、统计分析可获得疾病发生、发展的危险因素、保护因素等信息，为制定疾病预防措施提供依据。

（八）在史料方面

病历资料记录了医学发展史，体现了医学的进步；另外，病历也记录某些历史重要人物的疾病、健康状况，反映某一阶段的特殊历史。孙中山先生是中国民主革命的伟大先行者，许多资料记载孙中山先生死于肝癌，直到 1999 年海峡两岸学者交流孙中山事迹时，协和医

院展示病案报告才证实孙中山先生原发癌是胆囊癌，后转移到肝，还原了历史真相。

二、病历书写意义

病历的书写质量反映一个医院医疗服务质量，反映一名医务工作者医德医风、业务水平、工作态度和综合素质能力，也是记录医疗行为是否规范的重要法律依据，因此，书写病历是医务工作者一项十分重要的临床实践。医务人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料，进行归纳、分析、整理形成病历，书写病历的过程也是培养、锻炼临床医师医疗思维的过程。临床医学家张孝骞教授曾经说过：“写大病历的阶段至为重要，要通过它形成一种终身不改的习惯，即在诊务繁忙之中也能如条件反射般运用，在诊治病人过程中不遗漏任何要点。这种训练是短暂的，稍纵即逝，一旦落课，就无法再补，切勿等闲视之。”医务人员应本着严谨、规范、负责、敬业、实事求是的态度书写病历，在规范的基础上，着重提高病历的内涵质量。

第三节 病历的分类及组成

一、病历的分类

（一）按就诊方式分类

分为门诊病历、急诊病历、急诊留观病历和住院病历。

（二）按时间分类

分为运行病历和出院病历。运行病历是指病人尚未出院，处于书写形成阶段的病历；出院病历是指病人已出院，已完成的病历。

（三）按病历记录形式分类

分为纸质病历和电子病历。传统的病历记录形式为纸质病历，随着信息技术的发展，电子病历应运而生。电子病历是指医务人员在医疗活动过程中，使用信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数字、影像等数字化信息，并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录，是病历的一种记录形式。

二、病历的组成

（一）门（急）诊病历的组成

1. 门（急）诊病历首页 [门（急）诊手册封面]；
2. 病历记录；
3. 化验单（检验报告）；
4. 医学影像检查资料等；
5. 具体医院规定的相关医疗文书。

（二）住院病历的组成

1. 住院病案首页；
2. 入院记录：分为入院记录、再次（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；
3. 病程记录：包括首次病程记录、日常病程记录、上级医师查房记录、疑难病例讨论

记录、交（接）班记录、转科记录、阶段小结、抢救记录、有创诊疗操作记录、会诊记录、术前小结、术前讨论记录、麻醉术前访视记录、麻醉记录、手术记录、手术安全核查记录、手术风险评估记录、术后首次病程记录、麻醉术后访视记录、出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录、病重（病危）患者护理记录；

4. 知情同意书：手术同意书、麻醉同意书、输血（血液制品）知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书（有创诊疗操作知情同意书、血液净化知情同意书、激素使用知情同意书、放/化疗知情同意书等）、病危（重）通知书、入院知情同意书、临床路径知情同意书、自费项目知情同意书、拒绝或放弃医学治疗告知书、自动出院或转院告知书、劝阻住院患者外出告知书、尸体解剖告知书等；

5. 医嘱单：包括长期医嘱单和临时医嘱单；

6. 体温单；

7. 辅助检查报告单：包括检验报告、医学影像检查报告、内镜检查报告、超声检查报告、病理报告等。

第四节 病历书写原则及基本要求

病历书写是指医务人员通过问诊、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。

一、病历书写原则

《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）第三条、《电子病历应用管理规范（试行）》（国卫办医发〔2017〕8号）第十二条规定：“病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范”，这就是病历书写的基本原则。

（一）客观

患者病情是实际存在，不以人的意志为改变。按病人描述、实际检查结果客观书写病历，不掺杂主观的臆测。

（二）真实

医务人员通过问诊、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、整理形成病历，能够真实地反映患者疾病的发生、发展、归转。

（三）准确

医务人员书写用词力求准确，准确描述、分析患者病情，准确地诊断疾病。

（四）及时

医务人员必须在规定的时间内完成相应病历的书写。如入院记录在患者入院后24小时内完成；首次病程记录在8小时内完成；上级医师首次查房记录在入院48小时内完成；术后每天1次、连续3天的病程记录；对病危患者每天至少1次病程记录；对病重患者，至少2天记录一次病程记录；对病情稳定的患者至少3天记录一次病程记录；交班记录应当在交班前由交班医师书写完成，接班记录应当由接班医师于接班后24小时内完成；转出记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成（紧急情况除外），转入记录由转入科室医师于患者转入后24小时内完成；因抢救急危患者，未能及时书写病历的，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；手术记录应当在术后24小时内完成；死亡记录

应当在患者死亡后 24 小时内完成。

（五）完整

严格按照《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11 号）、《电子病历应用管理规范（试行）》（国卫办医发〔2017〕8 号）等要求，各病历组成部分完整；病历完整、详细记录患者病情变化、治疗方案。

（六）规范

严格按照法律法规、部门规章、行业标准等书写病历，如《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国电子签名法》、《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11 号）、《医疗机构病历管理规定（2013 年版）》（国卫医发〔2013〕31 号）、《电子病历应用管理规范（试行）》（国卫办医发〔2017〕8 号）、《住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》和《住院病案首页数据质量管理与控制指标（2016 年版）》（国卫办医发〔2016〕24 号）等。

二、病历书写的基本要求

1. 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。电子病历书写要求按《电子病历应用管理规范（试行）》（国卫办医发〔2017〕8 号）规定，详见“第十章 电子病历管理要求”。

2. 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。

3. 病历书写应规范使用医学术语，文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

4. 病历书写过程中出现错字时，应当用双线画在错字上，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。需取消医嘱时，用红色墨水标注“取消”字样并签字。

5. 病历应当按照规定的内容书写，并由相应医务人员签名。

6. 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。

7. 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。

8. 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。

9. 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。

10. 电子病历使用的术语、编码、模板和数据应符合相关行业标准和规范的要求，在保障信息安全的前提下，促进电子病历信息有效共享。

11. 电子病历系统应当为操作人员提供专有的身份标识和识别手段，并设置相应权限。操作人员对本人身份标识的使用负责。

12. 有条件的医疗机构电子病历系统可以使用电子签名进行身份认证，可靠的电子签名与手写签名或盖章具有同等的法律效力。

13. 电子病历系统应当采用权威可靠时间源，具有法律效力的时间戳。

14. 医疗机构应当为患者电子病历赋予唯一患者身份标识，以确保患者基本信息及其医疗记录的真实性、一致性、连续性、完整性。

15. 电子病历系统应当对操作人员进行身份识别，并保存历次操作印痕，标记操作时间和操作人员信息，并保证历次操作印痕、标记操作时间和操作人员信息可查询、可追溯。

16. 医务人员采用身份标识登录电子病历系统完成书写、审阅、修改等操作并予以确认后，系统应当显示医务人员姓名及完成时间。

17. 电子病历系统应当设置医务人员书写、审阅、修改的权限和时限。实习医务人员、试用期医务人员记录的病历，应当由具有本医疗机构执业资格的上级医务人员审阅、修改并予确认。上级医务人员审阅、修改、确认电子病历内容时，电子病历系统应当进行身份识别、保存历次操作痕迹、标记准确的操作时间和操作人信息。

18. 电子病历应当设置归档状态，医疗机构应当按照病历管理相关规定，在患者门（急）诊就诊结束或出院后，适时将电子病历转为归档状态。电子病历归档后原则上不得修改，特殊情况下确需修改的，相关医务人员需填写《电子病历完善申请表》，经医疗机构医务部门批准后进行修改并保留修改痕迹。

第二章 门（急）诊病历书写要求及格式

第一节 门（急）诊病历的书写要求

一、门（急）诊病历的书写基本原则与要求

（一）门（急）诊病历是反映患者在门（急）诊就诊过程中的病情、病情变化及医务人员诊疗活动的重要资料。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。

（二）门（急）诊病历首页〔门（急）诊手册封面〕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。

（三）门（急）诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时即时完成。急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。病历书写要力求内容完整、精要、重点突出、文字清晰易辨，药名拼写无误。主诉、现病史、既往史、各种阳性体征和与疾病有关的重要阴性体征、诊断及治疗处理意见等均需记载于病历上，医师要签全名。

（四）门（急）诊病历应标注页码。使用区域统一门诊病历时，要加盖医院章。门（急）诊病历书写应当使用医院统一的蓝黑墨水或碳素墨水，字迹应清晰易认。

（五）对诊断不明的急危重症患者应及时安排相关科室会诊，普通患者就诊3次仍诊断不明者应提出门诊会诊或收入院治疗。凡请示上级医师的事项、上级医师的诊查过程或指示，均应记录在门（急）诊病历中。

（六）法定传染病应注明疫情报告情况。

（七）门（急）诊病历应由执业医师书写，实习医师、进修医师、试用期医师及执业助理医师书写的门（急）诊病历应由具有执业资格的上级医师修改、认可并签字。

（八）由医院统一保管门（急）诊病历时，门（急）诊患者的化验单（检验报告）、医学影像检查资料等在检查结果出具后24小时内归入门（急）诊病历档案。

（九）电子门（急）诊病历无门（急）诊病历首页〔门（急）诊手册封面〕，患者一般信息内容记录在门（急）诊病历记录中。

（十）电子门（急）诊病历书写要求同纸质版门（急）诊病历。

二、门（急）诊病历记录

门（急）诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

（一）初诊病历记录

初诊记录指患者所就诊的疾病在本医疗机构首次就诊时所书写的门（急）诊记录。以后因同种疾病复诊按复诊病历记录要求。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、辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

1. 就诊时间和科室：每次就诊均应填写就诊科别和就诊日期，按 24 小时制，急危重症患者记录到分钟。

2. 主诉：患者本次就诊的主要症状（体征）及持续时间。

3. 现病史：确切记录患者此次就诊的主要病史，要详细记录本次患病的起病日期、主要症状、他院诊治情况及疗效等，对于与本疾病有关的过去史、个人史和家族史应根据诊疗需要进行描述。

4. 体格检查：包括一般情况和重要脏器的检查，重点记录阳性体征及有助于鉴别诊断的阴性体征。

5. 实验室及其他辅助检查：重点记录异常的检查结果。检查报告单应按时间顺序以活页或粘贴的方式附录病历后以便查阅。

6. 会诊记录：应记录会诊科室及其意见。

7. 诊断：应主次排列，力求完整全面，要严格区分确定、不确定的或尚待证实的诊断。如暂不能明确但可能性较大的诊断，可在病名后加“？”。

8. 治疗意见：包括（1）进一步检查措施或建议；（2）辅助检查结果；（3）所用药品的名称、剂量、疗程等；（4）出具的诊断证明书等其他医疗证明情况；（5）向患者交代的注意事项（生活饮食注意事项，休息方式与期限，用药方法及疗程，预约下次门诊日期，随访要求等）；（6）须向患者或家属交代的病情及有关注意事项应记录在病历上或者签署知情同意书。对患者需做手术、特殊检查（治疗）时，应请患者及家属知情同意后在病历上注明意见（或填写有关知情同意书）并签名。

9. 医师签名：诊治医师应在右下角签字迹清晰易辨认的全名。

10. 电子初诊病历记录书写要求同纸质版。医师签名为电子签名。完成后打印件交由患者保管。

（二）复诊病历记录

复诊记录指患者因同一种疾病在同一医疗机构一定时期内再次或多次就诊的记录，可在同一专科或者不同专科就诊，记录中应概括此前诊治的经过及疗效。

复诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、简要病情、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。复诊病历记录书写要求原则上与初诊病历记录一致。同一疾病相隔 3 个月以上复诊者原则上按初诊病历处理。

1. 主诉及简要病史：对诊断明确的复诊病历，可在主诉的位置写“病史同前”。现病史重点记录上次就诊后的病情变化情况、药物使用与其他治疗效果，有无药物反应，有无新的症状出现等。

2. 体格检查：重点检查上次所发现的阳性体征及其变化过程和新出现的阳性体征。

3. 辅助检查：需要补充的实验室及其他辅助检查项目。

4. 诊断：无变化者可写“同上”或不写，改变者应写新的诊断。

5. 处理措施与初诊基本相同。对用药或剂量更改应重点注明，对剂量、用法不变的药物或其他处理措施可用“用药同前”或“其他同前”来表述。

6. 电子复诊病历记录书写要求同纸质版。医师签名为电子签名。完成后打印件交由患者保管。

第二节 门（急）诊病历格式

一、门（急）诊病历首页〔门（急）诊手册封面〕格式

患者姓名_____ 性别_____ 出生_____年_____月_____日
民族_____ 职业_____ 婚姻_____
工作单位或住址_____
药物过敏史_____

二、门（急）诊初诊病历记录格式

（一）门（急）诊初诊病历记录格式

就诊时间_____ 科别_____
主诉：
现病史：
既往史、个人史：与本次疾病相关的既往史及个人史。
体格检查：阳性体征、必要的阴性体征
辅助检查结果：
诊断：
诊疗意见：

医师签名：

（二）电子门（急）诊初诊病历记录格式

姓名_____ 性别_____ 年龄_____ ID 号_____
就诊时间、科别_____
过敏史：
主诉：
现病史：
既往史、个人史：与本次疾病相关的既往史及个人史。
体格检查：阳性体征、必要的阴性体征
辅助检查：
诊断：
诊疗意见：

医师签名（电子签名）

三、门（急）诊复诊病历记录格式

（一）门（急）诊复诊病历记录格式

就诊时间、科别_____
主诉：
病史：
体格检查：必要的体格检查：