

中医医护文书书写指南 / 上册

中医病案书写

● 湖南中医学院第一附属医院 / 编



湖南科学

湘新登字004号

中医医护文书书写指南(上)

中医病案书写

湖南中医学院第一附属医院编

责任编辑:黄一九

•

湖南科学技术出版社出版发行

(长沙市展览馆路3号)

湖南省新华书店经销

长沙印刷三厂印刷

(印装质量问题请直接与本厂联系)

•

1995年10月第1版第1次印刷

开本: 787×1092毫米 1/32 印张: 6 字数: 132000

印数: 1—8000

ISBN 7-5357-1875-2

R·203 定价: 13.00元

前 言

病案,又称诊籍、脉案、医案、病历,1953年卫生部正式定名为病案。它是医疗部门记载病人病情、诊断、治疗、预后及生活习性等医疗实践的案卷,是考核临床医师技术水平和衡量医院医疗质量、管理质量的重要依据。在中医医院分级达标验收评审分值中,病案反映的分值占有相当的比重。因而,病案书写是中医医院软件建设中极其重要而又艰难细致的工作。

书写高质量的医疗文书,除了医务人员本身的业务素质、工作态度外,关键是掌握医疗文书的书写技巧。为此,我院质量控制管理科组织各科专家、教授和高年资主治医师在国家中医药管理局1991年5月颁发的《中医病案书写规范》(以下简称《规范》)基础上,根据国家中医药管理局1991年4月颁发的《中医医院分级管理标准评分细则与附件》及1994年2月颁发的《中医医院分级管理评审技术辅导》中有关病案检查评分标准,结合我院创建和通过三甲、示范评审的经验,编写成《中医医护文书书写指南(上册)·中医病案书写》。

本书在原《规范》基础上,增加了中医医院分级评审标准要求的内容。如辨证分析,主治、主任(副主任)医师查房记录书写格式及要求等,且均有示例。原《规范》所涉及的病案书写基本要求,各科病案书写的技术要求、专科特点等,本书作了必要的补充及概括,并增加了中医肿瘤科、中

医传染科专科情况书写要点及住院病历示例。为使本书更具实用性、新颖性，书末附有中医病案常用名词术语、常用中医病证名称、常见疾病中、西医病名对照及手术记录书写格式、处方合格标准等内容。

《中医医护文书书写指南（上册）·中医病案书写》适应于一、二、三级中医医院及其它医院中医科，是临床医师日常诊疗，特别是达标上等工作中的必备的案头参考书。本书也可作为中医院校学生临床实习指导参考书。

由于时间仓促，加之水平有限，错误缺点在所难免，祈望同道批评指正。

编 者

1995年8月

目 录

§ 1. 中医病案书写基本要求.....	(1)
§ 2. 中医病案的统一名称.....	(4)
§ 3. 中医病案的排列顺序及项目注释.....	(6)
§ 3.1. 住院期间住院病案排列顺序.....	(6)
§ 3.2. 出院后住院病案装订顺序.....	(7)
§ 3.3. 项目注释.....	(8)
§ 4. 中医病案书写格式及示例.....	(11)
§ 4.1. 门诊病案.....	(11)
§ 4.1.1. 初诊记录.....	(11)
§ 4.1.2. 复诊记录.....	(13)
§ 4.2. 急诊病案.....	(15)
§ 4.2.1. 急诊初诊记录.....	(15)
§ 4.2.2. 急诊留观记录.....	(17)
§ 4.3. 住院病案.....	(17)
§ 4.3.1. 住院病历.....	(17)
§ 4.3.2. 住院记录.....	(21)
§ 4.3.3. 病程记录.....	(27)
附: 特殊检查记录.....	(31)
§ 4.3.4. 主治、主任(副主任)医师查房记录.....	(32)
§ 4.3.5. 交班记录.....	(36)
§ 4.3.6. 接班记录.....	(37)
§ 4.3.7. 阶段小结.....	(39)

§ 4.3.8. 转出记录·····	(41)
§ 4.3.9. 转入记录·····	(43)
§ 4.3.10. 病例讨论记录·····	(45)
§ 4.3.11. 死亡记录·····	(48)
§ 4.3.12. 死亡病例讨论记录·····	(50)
§ 4.3.13. 出院记录·····	(53)
§ 5. 中医各科情况书写要点及住院病历示例·····	(55)
§ 5.1. 中医内科·····	(55)
§ 5.2. 中医外科·····	(61)
§ 5.3. 中医妇科·····	(65)
§ 5.4. 中医儿科·····	(72)
§ 5.5. 中医针灸科·····	(77)
§ 5.6. 中医肛肠科·····	(84)
§ 5.7. 中医皮肤科·····	(90)
§ 5.8. 中医骨伤科·····	(95)
§ 5.9. 中医推拿科·····	(100)
§ 5.10. 中医眼科·····	(106)
§ 5.11. 中医耳鼻喉科·····	(112)
§ 5.12. 中医肿瘤科·····	(119)
§ 5.13. 中医传染科·····	(124)

附录 I

§ 1. 计划生育住院病历·····	(130)
§ 2. 人工流产手术记录·····	(131)
§ 3. 输卵管结扎术记录·····	(132)
§ 4. 三级医师查房制度·····	(132)
§ 5. 临床病案质量控制·····	(134)
§ 6. 中医病案首页·····	(135)
§ 7. 中医病案首页填写说明·····	(135)

§ 8.病案首页签署制度(试行)..... (143)

§ 9.手术记录..... (144)

§ 10.处方合格标准..... (144)

附录 II

§ 1.中医病案常用名词术语..... (146)

§ 2.常用中医病证名称..... (154)

§ 3.常见疾病中、西医病名对照..... (162)



§ 1. 中医病案书写基本要求

中医病案，是在临床工作中用于记载病人生活习性、病情、诊断、治疗及预后等中医医疗实践的案卷，是病人的诊疗档案。它为医、教、研提供第一手信息和资料，也是帮助解决医疗纠纷，判定法律责任等事项的一种事实依据，中医医院分级达标检查的许多计分点，也需要通过中医病案来考查。认真书写病案是培养中医临床医务人员业务能力和科学态度的主要途径之一，是临床工作者必须掌握的基本功训练，其书写质量直接反映医务人员的学术水平和工作态度。病案建设也是医院科学管理的一项重要内容。为此，制定中医病案书写基本要求如下：

1. 书写病案必须严肃认真，实事求是，记录要全面、简炼、准确、及时。“门诊病案”和“急诊病案”中的各种记录要求当时完成；“住院病历”、“住院记录”、“手术记录”、“转入记录”、“抢救记录”、“死亡记录”要在24小时内完成；“交班记录”、“转出记录”、“出院记录”要事先完成；“首次病程记录”、“病程记录”、“接班记录”要及时完成；“病案首页”要在患者出院后48小时内完成，执行按科室(或病区)集体签署首页的制度（见附录）。

2. 中医临床重视症状学的观察，对症状描述必须详细，并要求准确地使用中医术语。病案内容要求完整、精炼、语句通顺、重点突出、主次分明、条理清晰。注意前后病情演变的连贯性和系统性，体现整体观念和辨证论治理法

方药完整统一的原则。

3.要求按中医四诊对病人进行系统检查,对于体格检查、实验室检查、各种特殊检查及诊断,应详细记录,进行必要的分析。

4.对患者及家属叙述的每一个症状,均应耐心听取,认真对待,细致分析。询问时,尽量采用通俗语言,如“拉肚子”、“不想吃饭”等,而记录时则必须使用医学术语,如“腹泻”、“纳呆”等。

5.中医诊断的病证名称,采用全国高等中医院校统编教材及国家中医药管理局1994年6月颁布的《中医病证诊断疗效标准》中的病证名称,并可参照国家中医药管理局1992年10月颁发的《中医病证分类编码》及1994年1月下发的《中医内科急症诊疗规范》。有关西医的疾病诊断及手术名称参照《国际疾病分类》(ICD—9)正确书写。

6.“住院病历”、“住院记录”、“首次病程记录”、“病程记录”、“死亡记录”、“转出记录”、“出院记录”、“术前讨论记录”、“术后病程记录”等标题,单独占一行并用红色墨水钢笔书写于中央。上级医师查房记录标题以蓝黑墨水钢笔书写于中央。病案内容一律以蓝黑墨水钢笔书写。

7.病案中所有记录,每页上均应填写病人姓名、病案号和页序号。日期一律按×年×月×日顺序,用阿拉伯数字填写。

8.病案每一页记录后,医师要用正楷签全名于右下方。各科主治医师,正、副主任医师及科室主任,应经常检查病案书写质量,发现问题及时纠正,上级医师以红色墨水钢笔批阅病案,并用蓝黑墨水钢笔正楷签全名于右下方,以

示负责。

9. 手术记录, 人工流产手术记录, 计划生育住院病历因与西医要求相同, 故列入附录 I 供参考。

10. 中医病案中护理记录内容可参照国家中医药管理局颁发的《全国中医医院分级管理标准》中的有关辨证施护记录要求, 1993年6月颁发的《中医护理常规护理文件书写技术操作规程》, 及湖南中医学院第一附属医院编写的《中医医护文书书写指南(下册)·中医护理病历书写》进行书写。

11. 中医病案要求字迹清楚, 书写整洁, 标点符号使用正确。严禁挖补、剪贴、刀刮、褪色。需改正时, 要使用修改符号, 并在修改处旁签医师全名。“住院病历”在一页中修改达三处以上, 应重新抄正。简化字应以1964年国家文字改革委员会颁布的第二批简化汉字表为准。

12. 以上要求适应于一、二、三级医院的中医各科, 中西医结合科。

§ 2. 中医病案的统一名称

为使病案规范化，现将病案中各种名称统一命名如下：

1. 病案：指病人在门、急诊就诊和住院期间的全部诊疗资料。

2. 门诊病案：指病人在门诊就诊时的全部诊疗资料。分“初诊记录”、“复诊记录”。不用“门诊记录”名称。

3. 急诊病案：指病人在急诊就诊时的全部诊疗资料。分“急诊初诊记录”、“急诊留观记录”。不用“急诊记录”名称。

4. 住院病案：指病人在住院期间的全部诊疗资料。包括“住院病历”、“住院记录”等。

5. 住院病历：指由实习医师、进修医师和二年（含二年）以内住院医师书写的大病历。

6. 住院记录：指由二年（不含二年）以上住院医师及其以上职称医师书写的病历。不用“入院志”、“住院志”等名称。当病人再次住院时，应写明“第×次住院记录”，不用“再入院志”、“复入院志”等名称。

7. 入院诊断：不用“初步意见”、“意见”、“印象”、“拟诊”、“初步诊断”等名称。诊断暂不能确立时，在诊断病名之后写“？”。

8. 病程记录：分“首次病程记录”和“病程记录”。不用“首次病程志”、“病程日志”、“治疗过程”等名称。抢救记录、会诊记录记载在病程记录中，不另单列。

9.交班记录：不用“交班志”、“交班小结”、“交班总结”等名称。

10.接班记录：不用“接班志”等名称。

11.转出记录：不用“转出志”、“转出病历”等名称。

12.转入记录：不用“转入志”、“转入病历”等名称。

13.阶段小结：不用“病程总结”、“病历小结”等名称。一般3—4周小结一次。

14.出院记录：不用“出院志”、“出院小结”、“出院总结”等名称。

15.死亡记录：不用“死亡小结”、“死亡总结”等名称。

16.留观记录、留观出院记录：为急诊观察病案标题，书写要求同“住院记录”和“出院记录”。

17.术前讨论记录。

18.手术记录：不用“手术志”、“手术病志”等名称。

§ 3. 中医病案的排列顺序及项目注释

§3.1. 住院期间住院病案排列顺序

1. 体温单;
2. 长期医嘱;
3. 临时医嘱;
4. 住院病历或住院记录;
5. 首次病程记录;
6. 病程记录 (包括抢救记录、会诊记录等);
7. 专题科研观察单;
8. 手术记录;
9. 术后病程记录;
10. 术前讨论记录 (单);
11. 麻醉单;
12. 手术同意书.
13. 会诊单;
14. 化验单;
15. 其他检查报告单 (如X线、ECG、B超、病理等);
16. 特殊检查报告单 (如MRI、 γ -照相等);
17. 特护记录及有关护理记录;
18. 出院记录或死亡记录;
19. 病案首页;

20. 住院证;
21. 前次住院病案或门诊病案或急诊病案等;
22. 外院诊疗资料。

§3.2. 出院后住院病案装订顺序

1. 目录页;
2. 病案首页;
3. 出院记录或死亡记录;
4. 出院证;
5. 住院病历或住院记录;
6. 首次病程记录;
7. 病程记录;
8. 术前讨论记录(单);
9. 手术同意书;
10. 麻醉单;
11. 手术记录;
12. 术后病程记录;
13. 会诊单;
14. 特护记录及有关护理记录;
15. 化验单;
16. 其他检查报告单;
17. 特殊检查报告单;
18. 长期医嘱;
19. 临时医嘱;
20. 体温单;
21. 前次住院病案、死亡病例的门诊病案或急诊病案;

22. 随访记录;

23. 有关医疗证明 (如患者工作单位的介绍信, 院外诊断书, 本院提供医疗、行政、司法部门的医疗文件副本等)。

§3.3. 项目注释

1. 体温单:

(1) 用钢笔 (蓝黑墨水) 填写姓名、性别、年龄、病案号、住院日期、科或病区及床号。

(2) 填写日期栏时, 第一页第一日应写×年×月×日, 如1989年2月18日。其余每页只填×日, 如遇新的月份或年份开始时, 则应填写×年×月×日。

(3) 手术日期栏: 手术日期在手术当日写手术①, 第二次手术写手术②。

(4) 在体温单40~42°C间, 在当日相应时间格内用红笔填写住院、出院、转科、死亡时间, 应竖写, 如入院于14时20分; 出院于10时40分; 转××科于15时20时; 死亡于22时05分。

(5) 如有特殊治疗应在体温单35°C以下栏内用红笔书写。

(6) 体温、脉搏、呼吸曲线的划法与要求按护理统一规定执行。

2. 医嘱单:

(1) 一般要求:

①医嘱分长期医嘱 (需要执行24小时以上的医嘱) 及临时医嘱两种。

②医嘱用蓝黑墨水钢笔书写, 字迹必须清楚, 遇有写错

之处不得涂改,要用红色墨水钢笔或红印在原医嘱上重叠“取消”字样并签名。

③开医嘱须详细写明时间、姓名、床号、医嘱内容并签名。

④医嘱更改较多时,应按统一规定及时重整医嘱。

⑤凡一项医嘱一行内写不完整时,另起一行;两项以上医嘱,不能写在同一行内,如“禁食”、“胃肠造影”,应分行单写。

⑥医嘱的中文药名不能随意缩写,外文药名缩写应统一规范,如“复方新诺明”可写为SMZco。

(2)长期医嘱书写顺序;

①护理常规;

②护理级别;

③饮食;

④检查;

⑤治疗。

3. 术前讨论记录:

(1)各科拟定需要讨论的手术应有手术讨论记录。包括病人一般项目、术前诊断、手术指征、手术目的、手术方式和径路,术中可能出现的问题及其预防和处理措施,术中术后并发症及预后估计。

(2)住院医师应于手术前将病人的术前讨论记录书写完整交由主治医师审阅、修改、补充并签名,以示负责。

4. 手术同意书:由住院医师根据术前讨论填写手术同意书,经主治医师签名后,将内容向病人的家属或病人本人(注意医疗性保护)说明,由其签署是否同意手术并签名。重要脏器的损伤性探查,如漂浮导管、脑动脉造影等,也需填