

浙江省医疗机构管理与诊疗技术规范丛书

# 病历书写规范

*Standard of Writing of Medical Records*

主 编◎梁廷波



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS

浙江大学出版社



数据加载失败，请稍后重试！

### 图书在版编目 ( CIP ) 数据

病历书写规范 / 梁廷波主编. — 杭州: 浙江大学出版社, 2018. 11

ISBN 978-7-308-18473-1

I. ①病… II. ①梁… 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176157号

### 病历书写规范

梁廷波 主编

---

策划编辑 张 鸽  
责任编辑 金 蕾 (jinlei1215@zju.edu.cn)  
责任校对 陈静毅 陆雅娟  
封面设计 黄晓意  
出版发行 浙江大学出版社  
(杭州市天目山路148号 邮政编码310007)  
(网址: <http://www.zjupress.com>)  
排 版 杭州兴邦电子印务有限公司  
印 刷 浙江省邮电印刷股份有限公司  
开 本 889mm×1194mm 1/16  
印 张 15  
字 数 337千  
版 次 2018年11月第1版 2018年11月第1次印刷  
书 号 ISBN 978-7-308-18473-1  
定 价 60.00元

---

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社市场运营中心联系方式: (0571) 88925591; <http://zjdxbs.tmall.com>

# 《病历书写规范》 编委会

主 编：梁廷波

顾 问：徐少明

编 委(按姓氏笔画为序)：

丁志明	丁国庆	丁智勇	王 伟	王财富	王波定
毛 伟	毛建山	方 英	石桂枝	卢中秋	付铁红
冯 刚	任世强	刘 剑	江荣林	孙 军	严 敏
李 伟	李国熊	吴建浓	汪 伟	宋柏杉	张 茂
张 勤	张国强	张常乐	陈丽羽	陈新宇	罗文达
季敬伟	金筱筱	赵彩莲	胡建邦	胡斌春	俞新乐
徐少明	徐志豪	翁卫东	郭晓东	涂韶松	梁廷波
董玉娥	韩炳江	程俊杰	蔡 斌	蔡雪黎	裴继强
潘永苗	潘胜东				

编写秘书：潘胜东

## 序 言

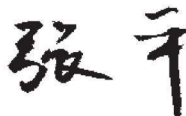
为进一步加强医疗机构管理,规范医务人员的医疗行为,原浙江省卫生厅于2003年编辑出版了《浙江省医疗机构管理与诊疗技术规范丛书》(第一版),2014年修订出版了第二版。该丛书作为我省各级医疗机构从事医疗和业务管理人员日常工具书,对提高我省医疗质量和医疗服务水平发挥了重要作用。

随着疾病诊治和医疗管理理念的不断更新,医疗技术和质量管理面临新要求,需要更加专业化、科学化、精细化,也需要本丛书不断完善和持续更新。为此,我委组织开展了第三版丛书的编写工作,新一版丛书保留了之前两个版本中行之有效的许多好的做法和成功的经验,并根据国家新颁布的相关法律法规,结合我省的医院管理与临床实践增加了许多新内容,修订完善了新制度以及各种技术规范。

本版丛书得到了我省各相关专业诸多资深专家的支持,各质控中心起到了重要的组织协调作用,在此,我谨向参与本版丛书编写的各级卫生行政部门、医学院校、有关医疗机构、质控中心及各位专家和全体编审人员表示衷心感谢。

诚恳希望读者不吝赐教以益提高。

浙江省卫生健康委员会主任



2018年11月

# 前 言

病历作为医学发展的永久话题之一,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,也是综合评价医院医疗质量、学科技术水平、行政管理水平的重要依据。

随着近年医院评审评价的工作开展,病历书写的规范性、内涵性等的要求愈发显得重要,国家卫生健康委员会近期颁布的《医疗质量安全核心制度要点》也对病历书写提出了更高的要求。《病历书写规范》作为浙江省医疗机构管理与诊疗技术规范丛书之一,修编的重点依据是国家卫生健康委员会的《病历书写基本规范》《住院病案首页数据填写质量规范(暂行)》《医疗机构病历管理规定》等规范性文件,结合《中华人民共和国侵权责任法》《医疗事故处理条例》的相关要求及医院评审评价工作的最新要求,在旧版的基础上,增加了麻醉、产科、儿科、精神科及急诊留观/留观病历、日间病历的书写要求。同时,基于浙江大学医学院附属第二医院、浙江大学医学院附属妇产科医院、浙江大学医学院附属儿童医院、浙江省中医院等医疗机构现行住院病历标准制定了病历参考模板,供各医疗机构和医务人员参考使用。

随着医院改革的不断深化、医学信息化技术的不断发展和医院管理水平的不断提高,《病历书写规范》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,使之更为完善。

在《病历书写规范》的修订过程中,得到了各省级医院、市级病历质控中心、省麻醉质控中心及急诊质控中心的大力支持,在此一并感谢!

浙江省病历管理质量控制中心

2018年8月

## 目 录

## 第一部分 书写规范

第一章 总 论	3
第一节 基本概念	3
第二节 病历的作用	4
第三节 病历书写与打印病历的基本要求	5
第四节 病历的发展趋势	6
第二章 住院病历书写规范	8
第一节 入院记录	8
第二节 病程记录	17
第三节 出院记录	22
第四节 死亡记录	23
第五节 死亡病例讨论记录	23
第六节 诊疗知情同意书	23
第七节 医 嘱	26
第八节 辅助检查报告单	27
第九节 病案首页内容及填写要求	27
第十节 医学术语缩写规定	30
第十一节 病历排序	31
第三章 专项病历书写规范	36
第一节 麻醉病历	36
第二节 日间病历	39
第三节 门(急)诊病历	43
第四节 急诊留观/留观病历	45
第五节 产科病历	47
第六节 儿科病历	50
第七节 精神科病历	52
第四章 护理文书书写规范	55
第一节 总 则	55

第二节 各类记录单的书写要求 .....	56
第五章 中医病历书写规范 .....	63
第一节 概 述 .....	63
第二节 入院记录 .....	63
第三节 病程记录 .....	67
第四节 出院记录 .....	72
第五节 死亡记录 .....	72
第六节 死亡病例讨论记录 .....	72
第七节 医 嘱 .....	73
第八节 辅助检查报告单 .....	73
第九节 住院病历排列顺序 .....	74
第十节 门(急)诊病历 .....	75

## 第二部分 病历参考模板

第六章 住院病历 .....	81
住院病案首页 .....	81
入院记录 .....	83
体格检查表 .....	85
首次病程记录 .....	86
疑难、危重病例讨论记录 .....	86
抢救记录 .....	87
术前讨论记录 .....	87
术前小结 .....	88
重大疑难手术审批记录单 .....	89
手术安全核查表 .....	90
手术风险评估表 .....	91
手术记录单 .....	92
术后首次病程兼谈话记录 .....	93
有创诊疗操作记录 .....	94
转科记录 .....	95
接科记录 .....	96
会诊记录 .....	97
阶段小结 .....	97
出院记录 .....	98
死亡记录 .....	99
死亡病例讨论记录 .....	100
授权书 .....	101



住院告知书(示例)·····	103
手术知情同意书·····	105
诊疗操作知情同意书·····	107
有创操作安全核查表·····	108
病危(重)告知书·····	109
会诊单·····	110
长期医嘱单·····	111
临时医嘱单·····	112
体温单(示例表)·····	113
护理记录单(参照表)·····	114
手术清点记录·····	115
<b>第七章 麻醉病历</b> ·····	<b>117</b>
麻醉知情同意书·····	117
麻醉前访视单·····	119
麻醉记录单·····	121
麻醉术后观察记录·····	123
麻醉术后镇痛观察记录·····	123
麻醉后恢复室记录单·····	124
手术室外麻醉知情同意书·····	125
手术室外麻醉注意事项·····	126
手术室外麻醉小结单·····	127
<b>第八章 日间病历</b> ·····	<b>128</b>
入出院记录·····	128
入院/术前评估记录单·····	129
出院评估记录单·····	130
手术及术后首次病程记录·····	131
日间诊疗病情记录单·····	132
日间手术评估/交接记录单·····	133
<b>第九章 急诊留观/留观病历</b> ·····	<b>135</b>
急诊留观/留观记录·····	135
急诊留观/留观病案首页·····	137
<b>第十章 产科病历</b> ·····	<b>139</b>
产科门诊病历·····	139
产科常规病历·····	144

产科表格化病历·····	157
<b>第十一章 儿科病历(含新生儿病历)</b> ·····	<b>165</b>
儿科住院病历·····	165
体格检查记录·····	167
体格检查记录(专科情况)·····	168
新生儿住院病历·····	169
<b>第十二章 中医病历</b> ·····	<b>172</b>
入院记录·····	172
体格检查表·····	173
出院记录·····	174
死亡记录·····	175

## 附 录

附录1 浙江省日间病历书写规范(试行)·····	179
附录2 病案首页部分项目填写说明·····	182
附录3 住院病案首页数据填写质量规范(暂行)·····	189
附录4 住院病案首页数据质量管理与控制指标(2016版)·····	192
附录5 住院病案首页必填项目列表·····	195
附录6 住院病案首页数据质量评分标准·····	197
附录7 医疗信息交流禁用的缩写、符号和计量名称的列表(ISMP,供参考)·····	199
附录8 病历书写常用英文参照·····	201
附录9 常用疼痛评估量表·····	204
附录10 常用营养风险筛查量表(成人、儿童)·····	207
附录11 常用功能评估筛查量表(Barthel评分量表)·····	209
附录12 常用心理评估量表(抑郁焦虑量表)·····	211
附录13 浙江省住院归档病历检查评分表(2014版)·····	213
附录14 浙江省中医医院住院病历质量检查评分表(2014版)·····	220
附录15 浙江省门诊病历检查评分表·····	226
附录16 浙江省住院运行病历检查评分表·····	227
附录17 遗传性疾病患者两系Ⅲ级亲属询问表·····	229

第  
一  
部  
分

书  
写  
规  
范



# 第一章

## 总 论

### 第一节 基本概念

#### 一、病 历

病历是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。病历按类型分为门(急)诊病历(含急诊观察病历)和住院病历;按时间分为运行病历和归档病历;按记录载体分为纸质病历和电子病历。

在医疗过程中因医院诊疗流程需要而形成的各类检验、检查申请单、预约单、收费记录单等,不属于病历内容,一般无须归入病历保存。

##### (一) 按类型分

##### 1. 门(急)诊病历

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、检验报告、医学影像检查资料、门(急)诊处方等。

##### 2. 住院病历

住院病历内容包括住院病案首页,入院记录(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),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、接科记录、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、手术清点记录、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),知情同意书(包括手术知情同意书、麻醉知情同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查/特殊治疗知情同意书、病危/重通知书等),医嘱单(分为长期医嘱单和临时医嘱单),体温单,辅助检查报告单(包括检验报告、医学影像检查报告、病理报告等各种检查报告单),涵盖患者住院的全过程。

##### (二) 按记录载体分

##### 1. 纸质病历

纸质病历可由医务人员直接书写或打印电子病历修改而成,多数医院是采用两种模式并行,有同等作用。

## 2. 电子病历

电子病历是医务人员在医疗活动中,使用医疗机构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。电子病历通常含有全部纸质病历的内容,医务人员使用电子签名,有助于无纸化办公管理。随着信息化技术的不断发展,电子病历的系统化应用已成为医疗机构发展的必备条件,并已成为“数字医疗”的核心内容之一。

## 二、病历书写

病历书写是医务人员对问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动进行归纳、分析、整理而形成医疗活动记录的行为。病历书写应按照卫生行政主管部门的《病历书写基本规范》规定的格式和内容在规定的时限内,由符合资质的相应医务人员书写完成。

## 三、病案

病案是患者出院后由病案室归档保存的病历,包含患者住院期间的全部医疗、护理及其他资料等。电子病历的保存,应遵循医疗工作流程和医疗安全管理,并符合《电子病历应用管理规范(试行)》的要求。住院电子病历在患者出院、经上级医师审核确认后归档,归档后由电子病历管理部门统一管理,必要时可打印成纸质病历保存。

## 四、病案首页

病案首页是医疗记录的精华与浓缩,也是病历中最集中、最重要和最核心的部分,是医务人员使用文字、符号、数字等方式,将患者住院期间相关信息精炼汇总在特定的表格中,形成的病历数据摘要。住院病案首页包括患者的基本信息、住院过程信息、诊疗信息、费用信息,应按照“住院病案首页部分项目填写说明”“住院病案首页数据填写质量规范”逐项填写。疾病诊断编码应当统一使用ICD-10,手术和操作编码应统一使用ICD-9-CM3。使用疾病诊断相关分组(DRGs)开展医院绩效评价或医保付费的,应使用临床版ICD-10和临床版ICD-9-CM3编码。

## 第二节 病历的作用

病历在医疗、教学、科研等各方面都有重要的作用,病历质量可以客观地反映一家医院的医疗质量及管理水平。

(1) 病历是医务人员临床实践的原始记录,是诊断治疗疾病的基础资料和依据,对疾病的诊断与治疗起主要的指导作用,使医务人员更好地服务于患者。

(2) 病历为临床教学提供不可缺少的生动的教学材料。书写病历是培养医师临床思维能力的基本方法,从而提高医师对患者的服务质量。

(3) 病历为疾病与科学研究提供宝贵的原始素材,有助于对疾病作深入的了解,是临床

医学论文研究资料的主要依据与来源。

(4) 病历为医院科学管理提供医疗工作信息,是医院质量管理的主要载体。

(5) 病历可以反映医院的医疗质量和水平,是考核医院工作与医师实践能力的客观标准之一。

(6) 病历反映医患沟通情况,增加医患之间的互信,并为医疗过程和行为提供不可替代的原始证据和法律文书。

(7) 病历是医疗保险付费的凭据。

### 第三节 病历书写与打印病历的基本要求

病历由各级医护人员协作而成,病历书写与打印病历应遵循下列基本要求。

(1) 病历书写的内容要求客观、真实,记录应当规范、准确、完整、及时,以充分体现病历的客观性、科学性和法律性等特点,这是病历书写的基本原则,在病历书写时必须严格遵守。

(2) 手工书写病历应当使用蓝黑墨水或碳素墨水,病历书写需复写的资料可以使用蓝或黑色的圆珠笔。

(3) 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。医疗机构可以根据医院实际情况制定相应制度,明确在本机构中可以使用或禁止使用的英文缩写名称及意义。

(4) 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。在书写过程中若出现错字,应当用双线画在错字上;原字迹应可辨认,不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。需修改或补充的内容应及时完成。封存或归档以后不得再修改。

(5) 打印病历应当按照规定的内容录入并及时打印成纸质病历,统一纸张、字体、字号及排列格式,医师手写签名确认。打印病历编辑过程中应当按照权限要求进行修改。关于电子病历痕迹,纸质版与电子版要一致,已完成录入打印并签名的病历不得修改。

(6) 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。修改时,修改人员应签名并注明修改日期,并保持原记录清楚、可辨。

(7) 实习医务人员、试用期(非执业医师)医务人员书写的病历,经在本医疗机构合法执业的医务人员审阅、修改并签名后方有效。取得执业医师资格的进修医务人员由接收进修的医疗机构根据其胜任本专业的情况认定书写病历的资质。

(8) 病历中的日期和时间一律采用阿拉伯数字书写,日期按照年、月、日的形式记录,时间采用24小时制记录,一般要求精确到分。

(9) 病历各部分内容应从起始页开始准确标注页码,如入院记录第1、2……页,病程记录第1、2……页等。

(10) 因抢救急危患者而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。

(11) 对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动(如特殊检查、特殊治疗、手术、实验

性临床医疗等),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(如昏迷、病情危重、精神异常、未成年人等)时,应当由其法定代理人签名;患者因病无法签名时,应当由其授权的人员签名;为抢救患者,在法定代理人或被授权人无法及时签名的情况下,可由医疗机构负责人或者被授权的负责人签名。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的近亲属,由患者的近亲属签署知情同意书,并及时记录。患者无近亲属的或患者的近亲属无法签署知情同意书的,由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

(12) 为确保病历的内涵质量和对病历的终末质量进行控制,各级医院对病历应构建监控体系,并接受卫生行政部门对运行病历和归档病历进行检查或评审。

本规范的病历书写相关规定,根据原国家卫生计生委<sup>①</sup>颁布的《病历书写基本规范》,并结合本省相关规章制定,各地区可根据本规范,结合实际制定相应的实施细则。

## 第四节 病历的发展趋势

随着信息化技术的不断发展,病历信息的电子化程度越来越高,医务人员已逐步从传统手写病历的模式转换为计算机录入、病历打印的模式,各类的病历信息资料也实现了数字化存储与传输。随着“智慧医疗”的推进及医疗卫生管理要求的不断提高,要求建立患者的“电子健康档案”,要求实现患者在不同医疗机构间的就诊信息共享,实现真正意义上的高度集成的电子病历已成为今后病历发展的趋势。

### 1. 电子病历记录与临床信息系统的融合

医疗机构的电子病历主要包括门诊、急诊、住院病历及其他医疗信息记录。为指导电子病历在医疗机构的开展,2010年4月1日原国家卫生计生委发布了《电子病历基本规范(试行)》。2017年2月15日发布了《电子病历应用管理规范(试行)》(2017年4月1日正式实施),其对电子病历的基本要求、书写与储存、使用及封存等均作了规定。目前,电子病历已在我国各级各类医疗机构中广泛推行,但区域间、不同医疗机构间的发展不平衡,很多医疗机构还处于电子编辑、打印病历的状态,还不是真正意义上的电子病历。电子病历的发展需要以构建电子病历集成框架为主流,实现与医院LIS、PACS、心电信息、临床路径、移动医务工作站、感控、麻醉、超声、重症监护、病理、手术示教、远程医疗等多个临床信息系统之间工作的交互融合,并建立一体化的临床数据中心,以适应数据存储、访问及共享的需求。

### 2. 电子病历的结构化趋势

就多数医疗机构发展水平来看,全国的电子病历还处在半结构化的应用状态,为了实现医疗信息记录的有效储存、检索及共享,需要重点解决电子病历系统的全结构化问题。全结构化电子病历的主要特点之一就是智能性强,易于检索。目前,我国电子病历的结构数据主要以固定化表单录入为主,以开放式结构化录入为辅,智能化程度不够高,如每位临床医师

<sup>①</sup>该机构于2018年3月调整为国家卫生健康委员会。



对同一疾病主诉体征的描述就存在很大的差异。由于数据定义得不准确,这就为后期数据应用造成了困难。因此,电子病历的结构化不但要解决结构化模式和框架结构,还要建立知识驱动型的病历模型,实现结构化的数据录入方式,从而为电子病历的区域性协同发展,即:从单一医院内部的信息化建设向医院集成统一的信息系统与区域医疗卫生实现一体化的方向发展,打下坚实的基础。

### 3. 电子数字签名

目前,制约电子病历发展的主要困难之一就是病历的签名问题。如何完善电子病历电子签名,是值得深入探讨的问题。2004年8月,全国人大通过的《中华人民共和国电子签名法》(简称《电子签名法》),在一定程度上为电子病历的安全数字化签名提供了法律上的依据。电子签名是指数据电文中以电子形式所含、所附用于识别签名人身份并表明签名人认可其中内容的数据。可靠的电子签名应同时满足以下4个条件。

- (1) 电子签名制作数据用于电子签名时,属于电子签名人专用。
- (2) 签署时电子签名制作数据仅由电子签名人控制。
- (3) 签署后对电子签名的任何改动能够被发现。
- (4) 签署后对数据电文内容和形式的任何改动能够被发现。

《电子病历应用管理规范(试行)》第二十六条明确指出电子病历中的电子签名,是指《电子签名法》第二条规定的数据电文中以电子形式所含、所附用于识别签名人身份并表明签名人认可其中内容的数据。“可靠的电子签名”是指符合《电子签名法》第十三条有关条件的电子签名。电子病历中引入可靠的电子签名,对医疗单位、患者都将起到一定的安全保护作用,但数字签名对技术要求很高,电子签名又是一个复杂的过程,包括信息系统中用户身份的验证,电子病历文书上医务人员电子签名和电子印章,以保证数据修改的不可抵赖性认证;还涉及数据的网络传输加密以及网络数据交换的有效性和合法性等,确保电子病历患者信息的保密性和存储的安全性。因此,目前并未在医疗机构广泛实施。随着信息技术的不断发展及相关管理机制的完善,最终将实现电子病历的电子签名。