



主编 林建华

病案书写指导手册

上海医科大学出版社

PDF
198

病案书写指导手册

主 编 林建华
副主编 贺凤凤 姚 诠
审 阅 刘 俊

上海医科大学出版社

(沪)新登字207号

责任编辑 王洪生
封面设计 朱仰慈
责任校对 蒋建安

EU06/02

病案书写指导手册

主编 林建华

上海医科大学出版社出版发行

上海市医学院路138号

邮政编码 200032

新华书店上海发行所经销

江苏省句容市排印厂印刷

开本 787×1092 1/32 印张9 字数202 000

1996年12月第1版 1996年12月第1次印刷

印数 1—6 000册

ISBN 7-5627-0337-X/R·317

定价:12.90元

编 委 (按姓氏笔画排列)

毛巧贤 许龙华 吴 实 张公惠 陈耀坤 林建华
郑烈伟 姚 诠 贺凤凤 谈康英 程丛娟 颜世洁

参加编写人员

华山医院: 张幼华 林建华 林庚金 周建国 陆福明
俞茂华 翁心华 施赛珠 张新根 王侠生
周范民 高月芬 黄爱玉 徐麦玲 袁 曼
戴宝珍 贺凤凤

中山医院: 吴肇汉 林宗明 符伟国 吴家芸 胡必杰
戎卫海 吴坤南 周建平 曾 亮 姜立本
李泽兵

儿科医院: 吴 实 陈 超

妇产科医院: 郭焕如 程丛娟

·眼耳鼻喉科医院: 陈钦元 王 薇

肿瘤医院: 陈耀坤

精神医学教研室: 江开达

序

这是一部指导病案书写的专著，由上海医科大学附属医院的部分临床医学专家合作编写。

病案是对每一位患者诊治过程的科学、客观的记载，无疑关系到被记述者的健康与生命。正确地叙述疾病的发生、发展、转归、结局，系统地了解患者本人及其家属的健康资料，全面分析病情的特点、诱发原因及治疗反应，都是医疗工作中制订正确治疗方案的基础。因此，一份病案可以直接反映该医疗单位与经治医师的医疗水平。

自从有了文字记录病案以来，古今中外的医学家留下了不计其数的优秀病史，成为医学科学研究及医学教育极为宝贵的原始素材。人们从个案的共性中去探讨同一疾病的一般规律，从而经过千百次科学实验的验证，再上升为新的医学理论，这些理论又在新的病例中得到检验，得到修正，不断完善。由此而来的从实践到理论，再从理论到实践的认识的循环，推动人们对医学规律认识的深化，推动着医学科学的发展。从这一点上说，病案也是某一时代的医学发展水平的真实反映，它又是铺垫攀登医学科学高峰的基石。

对于每一位立志成才的年轻医师来说,无论哪一位的成长,都是离不开这块基石的。一个优秀的临床医师必须学会从别人记录的病案中汲取营养,当然自己更要首先掌握正确的书写病案的基本功,包括接待病人的真诚和蔼,观察检查的细致敏锐,逻辑思维的周密严谨以及记载及时,表达确切,语句流畅,文字规范等等。

由于病案在医疗工作所具有的重要作用和在教学、研究工作中的科学价值,抓好病案质量已成为医院质量管理中非常重要的一个环节。编写本书的目的在于希望能为提高病案质量,促成病案书写规范化有所帮助。

鉴于编写时间紧迫,作者又分散,编写中一定还有不少疏漏之处,敬请读者指正。

刘 俊

1996年6月

前 言

为配合医院上等级的工作,促进病案书写的规范化和进一步提高病案书写质量,也为了培养年轻一代的医生在病案书写方面具有扎实的基本功和为医教研事业的不断发展添加瓦,我们编写了这本《病案书写指导手册》。

本书由上海医科大学医院管理处组织附属医院中的30余位富有临床医疗与教学经验的正、副教授和医生,以及熟悉病案管理的同志参加编写,有这么一支力量较强的编写队伍,首先使这本书的质量有了保证。本书内容的确定更是以我们这几年来大量的病案质量检查中所发现的问题为根据,这样就能够更有针对性,确实起到病案书写指导的作用。每篇文章都经作者与编者反复校对、修改,其中还有一大部分内容更是历经数载,数易其稿,经过不断实践的印证而最后定稿的,及至1991年底由上海医科大学内部出版发行,经市内外一些兄弟医院的使用,得到了肯定的评价。本次又在几年实践的基础上作了全面的修订与补充,上海市卫生局有关病案书写的指令性规定与精神,也在本书中得到反映。

全书共分34节和5个附录,从病案书写的规范要求、书写

技巧、易犯错误,直至常见错别字订正和标点符号的正确使用,均有具体阐述,其中第一~二十八节,偏重于规范要求与书写技巧方面的指导,第二十九~三十三节,则偏重于对易犯错误进行分析与如何纠错的指导。此外,从1991年起,国务院规定全国使用新的计量单位,为了帮助大家尽快掌握这方面的有关知识及其使用方法,专门辟有一节进行介绍。医用缩写词的问题,在病案书写中也难免,但是中文方面的医学术语的缩写问题,目前还存在比较随意甚至混乱的现象,制订统一与一致认可的缩写词还有待于进一步探索,但为了尽量减少混乱,并为今后缩写词的规范化工作打下基础,也专辟一个章节谈了我们粗浅的看法。附录中有上海市医院上等级病案质量评分标准,根据这一标准,临床医生可以了解病案书写的质量应该达到什么要求,借以时时对照,不啻是一种自我改善、自我提高的好办法,故特予转载;另外还附有《临床常用检验正常参考值(新旧单位对照)》,以便翻检,尽量减少病案记录中的谬误。此次修订,还收进书写质量较好的病案示例及必要的评述,以供需要者参考,增加了“病案管理”一节。

病案书写是临床医教研工作中一项十分重要的基本功,由于临床工作繁忙,人员流动较大,加上种种其他原因的干扰,使得目前的病案书写质量仍然存在不少问题。不断提高病案书写质量是一项巨大的“工程”,我们今天尝试编写本书就是希望能为这项“工程”的建设起到一点微薄的作用。限于我们的水平,参加编写的人员又较多,书写风格上定有所不同,一定还会存在疏漏与错误,还望读者及各方面的专家多多指正,以便今后修订时作进一步的补正。

编者

1996年5月

目 录

一、病案书写的重要性和意义	(1)
二、完整病案应包括的内容	(1)
三、病案排列次序	(2)
四、病案书写的要求与注意事项	(4)
五、住院病史的书写格式与内容	(6)
六、再度住院病史书写格式与内容	(9)
七、入院录书写格式与内容	(11)
八、主诉的书写	(12)
九、现病史的书写	(13)
十、既往史的书写	(16)
十一、体格检查所要求的基本内容	(17)
十二、病史小结与讨论的书写	(23)
十三、首次病程录的书写	(24)
十四、日常病程记录的书写	(24)
十五、邀请会诊录的书写	(27)
十六、交接班小结的书写	(28)
十七、阶段小结的书写	(29)

十八、转科录的书写	(30)
十九、术前小结的书写	(32)
二十、手术记录的书写	(34)
二十一、术后病程录的书写	(36)
二十二、出院录的书写	(37)
二十三、死亡录的书写	(38)
二十四、门急诊病案书写重点要求	(39)
二十五、各专科住院病案书写的重点要求	(43)
二十六、检验报告单的粘贴要求	(139)
二十七、护理文书书写的重点要求	(140)
二十八、正确使用法定计量单位	(144)
二十九、病案书写中易犯错误分析	(148)
三十、病案书写中出现的错别字及误用的 符号举例	(151)
三十一、医用语常见读音错误举例	(154)
三十二、正确使用标点符号	(156)
三十三、病案书写示例与评述	(157)
三十四、病案管理	(228)
附录一:上海市住院病案质量评分标准	(232)
附录二:上海市卫生局关于各级医师病案 撰写责任的规定	(239)
附录三:上海市卫生局关于病案撰写的时限 规定	(241)
附录四:正确使用医学术语缩写词的一些建议 (附外文方面许用的医学术语缩写词)	(242)
附录五:临床常用检验正常参考值(新旧 计量单位对照)	(263)

一、病案书写的重要性和意义

病案书写是医疗工作中的重要环节,是病人在医疗过程中所留下的一份宝贵档案。病案记录了患者疾病的发生、发展、治疗经过及其结果。因此,做好病案的书写和保管十分重要。同时,病案还具有以下重要作用:

1. 患者在转科、会诊、转院、随访及再诊时,先前的病案记录是医生进一步进行诊疗的一份重要参考资料。

2. 病案质量的优劣也是直接判断医疗内涵质量,以及反映医院管理水平的一项重要标准,因此,抓好病案书写质量对提高医疗质量、管理水平等方面具有重要价值。

3. 病案书写规范化方面的训练是医教研工作的基础工程,尤其是临床基本功训练中的重要一环。

4. 病案书写的质量是对住院医师、实习医师进行考核的客观检验标准之一。

5. 在遇到工伤、医疗纠纷、事故鉴定等时,病案记录是重要的原始证据。

(贺凤凤)

二、完整病案应包括的内容

完整的病案记录包括以下一些内容:

1. 住院病史(手写或表格式)。

2. 入院录。
3. 病程录(含首次病程录、转科录、会诊记录、交接班小结、阶段小结、术前小结、术后病程录等)。
4. 出院录或死亡录。
5. 如属外科手术病例,或做特殊检查病例,尚需有手术记录或特殊检查记录;抢救或监护病例需有抢救监护记录。
6. 医嘱及护理记录(体温记录及其他护理记录单)。
7. 化验记录及化验报告单,特殊检查报告单。
8. 首页索引。

(林建华)

三、病案排列次序

(一) 病人住院期间存放病室内的病案排列次序

1. 特殊治疗记录单或疗效观察表(如化疗、糖尿病胰岛素治疗等观察表,按页数次序倒排)。
2. 体温单(按页数次序倒排)。
3. 医嘱单(按页数次序倒排)。
4. 住院病史。
5. 入院录。
6. 病程记录(按页数次序顺排)。
7. 手术/分娩记录单(或分娩记录单)。
8. 麻醉记录单。
9. 常规化验记录单。
10. 化验报告粘贴单(生化、血清、细菌化验、病理、X线片、B超等)。

11. 特殊检查报告粘贴单(如动态心电图观察报告等,按日期先后顺排)。

12. 特别护理记录单(按页数次序倒排)。

13. 护理病史。

14. 护理记录(按页数次序倒排)。

15. 护理小结。

16. 病案首页及入院通知单。

17. 门诊病史以及可能由病人带来的外院诊疗资料。

18. 再度入院者,则需附以前住院病史。

(二) 病人出院后存放于病案室内的病案排列次序

1. 病案首页。

2. 出院录(或死亡录)。

3. 住院病史录。

4. 入院录。

5. 病程记录(按页数次序顺排)。

6. 护理病史。

7. 护理记录(按页数次序顺排)。

8. 护理小结。

9. 特殊护理记录单(按页数次序顺排)。

10. 手术/分娩记录单。

11. 麻醉记录单。

12. 常规化验记录单。

13. 化验报告粘贴单(生化、血清、细菌化验、病理、X线片、B超等)。

14. 特殊检查报告粘贴单(按日期先后顺排)。

15. 医嘱单(按页数次序顺排)。

16. 特殊治疗记录单或疗效观察表(按页数次序顺排)。

17. 体温单(按页数次序顺序排)。

18. 死亡病人的门/急诊病历。

(张幼华)

四、病案书写的要求与注意事项

病案书写必须遵照规范要求,不能擅自更改项目或颠倒排列顺序。

采集病史时要注意以下一些问题:

1. 接待病人要热情、诚恳、周到、体贴、同情,使病人尽快消除紧张心理,取得病人对医生的信任;采集病史的全过程中,都要严肃认真,细心耐心,举止要端庄,态度要和蔼,动作要轻柔。

2. 收集资料要全面。

3. 询问病史时,要尽量让病人客观地反映病情,切忌先入为主地进行诱导,以免遗漏重要内容或造成误诊。

4. 要注意保护性医疗。

住院大病史由实习医生、第一年住院医师、新进修医生负责书写,上述几档人员正好轮空或缺档时,则由负责床位的住院医师或进修医生书写详细入院录,第二年以上的住院医师写入院录。

病案(包括住院病史录、入院录和首次病程录)应在病人入院后当天或至迟24小时内写好。

上级医生对每份病案应该认真修改并签名。病案的修改及点评以提示方式为主,一般不主张替代性改写或大段补充。一般可用“病史补充”、“病史追记”或“病史更正”等形式在病

程录中予以补充修正。修改过多以致卷面不整洁者或书写内容上有重要错误或重要遗漏时,应责成书写者重新书写,但已出院归档的病案不准重抄。上级医师的修改指示应尽量写在病案记录纸的边白部位,以期卷面整洁清晰。

除药物过敏外,病案的其他部分(包括修改病史)一般用蓝黑墨水钢笔书写。

书写病案及各种记录时,必须一丝不苟,严谨细致,切切不可张冠李戴、左右错位。努力杜绝一切可能发生重大医疗事故的漏洞,例如:写错姓名、性别、年龄、病变部位、血型及青霉素和普鲁卡因皮肤过敏试验结果等现象,应坚决防止其发生。在内容上,要求客观、真实、全面完整、系统、有科学性;写法上,既要照顾到全面又要突出重点,既精炼又不遗漏重要内容,层次要分明,分析讨论观点要鲜明,要言之有物,注意逻辑性;字迹要求端正清楚,签名不要潦草;文理要通顺;无错别字;要规范使用汉语的标点符号,不能从头至尾都是一个小黑点。病案写好之后不可随意涂改或剪贴。

应尽量避免实习医生写的住院大病史与住院医生所写的人院录或首次病程录在一些重要内容上有出入的现象,例如年龄不一,病期长短参差,病痛部位不同,肿块大小各异,个人嗜好、既往疾病与手术史各执一词等等。即使为同一位医生写的,前后也应保持一致,不能脉搏100次/分,心率88次/分,或在入院录中肝脏未扪及,而在首次病程录中却肋下一指,这些情况均应避免。

病程录要及时记录,要充分反映出病人在整个医疗过程中的面貌,详细要求见第十四节。

如病史内容需要更正或补充,可将这些内容记在病程录中,并作适当说明。

最后,各种记录之末应清楚地签上记录者的姓名。

(林建华)

五、住院病史的书写格式与内容

住院病 史 录

姓名:	工作单位:
性别:	职业(工种):
年龄:	户口/居住地址:
民族(国籍):	供史者(可靠性):
婚姻:	入院日期与时间:
出生地:	病史采集日期与时间:

主诉:

现病史:

既往史: 传染病史:

预防接种史:

手术外伤史:

过敏史:

重要药物应用史:

系统回顾:

呼吸系统:

循环系统:

消化系统:

泌尿生殖系统:

血液系统:

内分泌代谢系统:

神经精神系统:

运动骨骼系统:

个人史:

月经及婚育史:

家族史:

体 格 检 查

体温(T): ℃ 脉搏(P): 次/分

呼吸(R): 次/分 血压(BP): / kPa(/ mmHg)

一般情况:

皮肤、粘膜:

全身浅表淋巴结:

头部及其器官:

 头颅:

 头皮:

 眼:

 耳:

 鼻:

 口腔:

 舌:

 扁桃体:

 咽喉:

颈部:

胸部:

 胸廓:

 心脏:

 望诊: