

中医病案规范

国家中医药管理局 编制

中国中医药出版社

中医病案规范

国家中医药管理局 编制

中国中医药出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中医病案规范/国家中医药管理局编. - 北京: 中国
中医药出版社, 2000

ISBN 7-80156-096-5

I. 中… II. 国… III. 中国医药学-病案-书写规则
IV. R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 07874 号

中国中医药出版社出版

MAJPP/05

发行者: 中国中医药出版社

(北京市朝阳区东兴路 7 号 电话: 64151553 邮政编码: 100027)

印刷者: 北京卫顺印刷厂

经销者: 新华书店总店北京发行所

开 本: 787×1092 毫米 16 开

字 数: 95 千字

印 张: 5

版 次: 2000 年 7 月第 1 版

印 次: 2000 年 11 月第 4 次印制

册 数: 100001—105000

书 号: ISBN 7-80156-096-5/R·097

定 价: 10.00 元

国家中医药管理局文件

国中医药医〔2000〕9号

关于发布《中医病案规范（试行）》的通知

各省、自治区、直辖市及计划单列市卫生厅（局）、中医（药）管理局，总局有关直属单位：

为适应全国医药卫生体制改革和城镇职工基本医疗保险制度改革的新形势，加强中医医疗机构内涵建设，提高中医医疗质量，进一步发挥中医特色，促进中医病案标准化、规范化建设，我局在广泛征求意见和充分论证的基础上，组织有关中医、中西医结合临床和医政管理专家对1992年起在全国试行的《中医病案书写规范（试行）》进行了全面修订，并更名为《中医病案规范（试行）》，现予以发布，自2000年9月1日起在各级中医、中西医结合医疗机构试行，综合医院和其他专科医院中医科可参照执行。原《中医病案书写规范（试行）》和《中西医结合病

案书写规范（试行）》同时废止。民族医病案规范由有关省、自治区中医行政主管部门参照本《规范》修订，报我局备案后试行。

各地中医行政主管部门要认真组织实施《中医病案规范（试行）》，加强中医病案的质量管理，并注意总结经验。在试行过程中有何意见与建议，请及时告知我局医政司。

国家中医药管理局

二〇〇〇年七月七日

修 订 说 明

一、《中医病案书写规范》修订过程

《中医病案书写规范》于 1992 年颁布试行，全国各级各类中医医院认真组织实施，对于加强中医医疗机构内涵建设，强化临床医师基本功训练，提高中医医疗质量，促进中医医疗机构标准化、规范化建设，提高科学管理水平，起到了积极的作用。但各地试行的情况表明，病历书写比较繁琐，内容重复较多，重点不够突出。根据中医医院分级管理评审、全国示范中医医院验收病案检查中反映出的普遍问题：病案质量评价标准重点不突出等。为了进一步加强中医病案建设，提高中医医疗服务质量，适应全国医药卫生体制改革和城镇职工基本医疗保险制度改革的要求，国家中医药管理局决定在总结经验、广泛调研的基础上对《中医病案书写规范》进行修订。《中医病案书写规范》修订工作被列为 1999 年国家中医药管理局中医药规范建设重点项目。各地中医药行政主管部门、中国中医研究院、北京中医药大学、上海中医药大学及有关中医、中西医结合医院对此次修订工作给予了大力的支持。

《中医病案书写规范》的修订工作委托中国工程院院士、中国中医研究院院长王永炎教授主持。在全国各地提出的意见进行系统归纳整理的基础上，又做了大量的调研工作，并对北京地区西医医院的病案规范化建设及病案管理工作进行了考察，检索了近年来国内外病案建设和质量管理方面的文献资料。在此基础上，先后多次召开《中医病案书写规范》修订论证会，参加修订、论证会的有长期从事中医、中西医结合临床工作的路志正、任继学、陈可冀教授等著名专家，还有来自四川、辽宁、江苏、湖北等地不同级别中医医院的主任医师、主治医师、住院医师和病案管理人员，此外，部分省（市）中医医政管理干部和中医医院院长也参加了修订、论证工作。

修订后的《中医病案规范（试行稿）》自 1999 年 11 月 15 日至 1 月 15 日，在部分省（区、市）的中医、中西医结合医院试行。各试点单位设专人负责此项工作，选择、确定试点科室或病区，认真组织试点科室的各级临床医师学习和使用。在总结试行经验的基础上，国家中医药管理局又组织专家进行了修订定稿，经局务会讨论通过，颁布试行。

二、《中医病案书写规范》修订的基本原则

本次修订在总结经验，广泛调研征求意见的基础上，坚持实事求是，力求删除重复，突出重点，注重内涵，加强质控，保持中医特色。修订的基本原则是：

1. 突出中医病案的特点和科学性、系统性、完整性、法律性。
2. 强化临床医师基本功训练，规范医师病案书写行为。
3. 便于医政管理，适应医药卫生体制改革的新形势。
4. 有利于中医学术水平的提高与发展。
5. 体现时代特征，与社会进步、学术发展、国际惯例相适应。

三、有关具体说明

1. 在对国家中医药管理局发布试行的《中医病案书写规范》和《中西医结合病案书写规范》进行总结、论证的基础上，有关中医、中西医结合专家一致认为二者可以统一合并，定名为《中医病案规范》，适用于全国各级中医、中西医结合医疗机构，以便于医政管理。

2. 取消了病案举例：为避免由于病案举例的局限性而产生的误导或歧义，此次修订取消了病案举例。

3. 病案书写人员资格：依据《中华人民共和国执业医师法》，将病案书写人员的资格由执业年限改为以执业医师资格来界定，获得执业医师资格者书写住院记录，未获得执业医师资格者书写住院病历。对病案其他部分的书写人员资格作了相应的规定。

4. 住院病历：此次修订充分考虑到住院病历重在培养低年资医师、实习医师搜集临床资料、强化临床基本功训练等因素，在认真讨论的基础上做了较大的修订：

取消了“四诊摘要”、“治则治法”、“方药”、“辨证调护”等项内容；

将中医望、闻、切诊与西医体格检查有机结合，既注重突出中医诊断方面的特色，又强调西医体格检查的完整性、系统性，避免了不必要的重复；

将“辨证分析”调整为“辨病辨证依据”；相应的辨证分析、鉴别诊断等内容要求归入住院记录中。

要求将住院病历纳入住院病案质量控制与管理中。

5. 住院记录也做了相应调整：住院记录的书写是执业医师的一项基本

功，涉及工作态度、业务水平和文化修养，是考核医师专业基础和临床医疗水平的重要依据，要求必须由本人亲自书写，不得由实习医师代笔。要求每份住院病案中均要有“住院记录”。

6. 病程记录：为适应城镇职工基本医疗保险制度改革的新形势，针对目前病程记录中存在的问题，本次修订强化了对“病程记录”书写的要求：如强调病程记录时间、患者生命体征及病情变化、医嘱变更及用药的依据、实验室检查结果及病情分析、与患者家属及单位负责人的谈话记录等；危急重症病例的病程记录应由上级医师亲自书写或核对审查后签名；临床药师查房、行政领导查房与患者病情有关的意见也要记录；

7. 急诊病案：根据当前中医医院急诊工作发展较快的新形势，将“急诊病案”分为“急诊初诊记录”、“急诊病程记录”、“急诊留观记录”、“急救记录”等四种形式，分别在不同时间、不同情况下书写，既有利于突出急诊之急，又有利于急诊诊疗的记录。特别是急诊初诊记录根据急诊实际情况，按病史、体格检查、诊断、处理等四大部分分列，便于临床医师书写与处理思考同步。急救记录强调抢救措施和医嘱执行时间的书写，有助于明确医务人员医疗责任及法律责任。

8. 专科检查：本次修订对专科检查记录格式不作统一要求，各地可根据具体情况由省级中医药行政主管部门自行制定。

9. 按照新的医政管理要求，增加了输血同意书、麻醉同意书等各类知情同意书；对有创诊疗操作要求签署同意书。

10. 列入科研观察的病例，严格按照临床试验规范（GCP）标准实施。病程记录中必须详细记录科研观察的方法、过程、治疗反应等内容。观察结束后，专用科研观察记录表，由科研小组保存，不存于病案中。

11. 住院病案首页也根据财政部、卫生部发布的《医院财务制度》、《医院会计制度》以及有关规定作了必要的修订。

12. 本次修订提供了门诊、住院病案首页（样式）、住院病历（样式）、住院记录（样式）、急诊初诊（留观）记录（样式）、住院病历体格检查基本内容、表格式专科检查（参考样式）医嘱单（样式）、中医病案质量评价标准等。

中医病案标准化、规范化建设是提高中医医疗质量，促进中医学术发展的重要保证，是一项长期的基础性工作，需要在实践中不断完善提高，以不断提高本《规范》的科学性、系统性、实用性和可行性。

目 录

1. 中医病案书写通则	1
1.1 文字、格式、用语及书写要求	1
1.2 病案书写人员资格要求	2
1.3 病案书写的时限	2
1.4 病案的阅改	2
1.5 其他	3
2. 中医病案的标题名称	4
3. 住院病案的排列顺序	5
3.1 住院期间病案排列顺序	5
3.2 出院后病案装订顺序	6
4. 住院病案格式及书写要求	7
4.1 住院病历	7
附：住院病历体格检查基本内容	9
4.2 住院记录	13
4.3 病程记录	14
4.3.1 首次病程记录	14
4.3.2 病程记录	14
4.3.3 交班记录	15
4.3.4 接班记录	15
4.3.5 转出记录	15
4.3.6 转入记录	16
4.3.7 阶段小结	16
4.3.8 术前讨论记录	16
4.3.9 手术同意书	16

4.3.10 麻醉同意书	17
4.3.11 输血同意书	17
4.3.12 手术记录	17
4.3.13 病例讨论记录	17
4.3.14 抢救记录	17
4.3.15 出院记录	18
4.3.16 死亡记录	18
4.3.17 死亡病例讨论记录	18
5. 门诊病案格式及书写要求	19
5.1 初诊记录	19
5.2 复诊记录	19
6. 急诊病案格式及书写要求	21
6.1 急诊初诊记录	21
6.2 急诊病程记录	21
6.3 急诊留观记录	22
6.4 急救记录	22
7. 专科病案书写要点	23
7.1 中医肛肠科病案书写要点	23
7.2 中医骨伤科病案书写要点	23
7.3 中医外科病案书写要点	24
7.4 中医妇科病案书写要点	24
7.5 中医儿科病案书写要点	24
7.6 中医针灸科病案书写要点	25
7.7 中医皮肤科病案书写要点	25
7.8 中医推拿科病案书写要点	25
7.9 中医耳鼻喉科病案书写要点	25
8. 三级医师查房制度	28
8.1 查房通则	28

8.2 各级医师查房要求	28
8.2.1 住院医师	28
8.2.2 主治医师	28
8.2.3 主任医师 (含副主任医师、科主任)	29
8.2.4 住院总医师 (总住院医师)	29
9. 住院病案首页签署制度	30
10. 中医病案质量评价标准	31
10.1 中医住院病案质量评价标准	31
10.2 中医住院病历质量评价标准	35
10.3 门急诊病案检查评价标准	38
11. 中医病案参考样式	40
11.1 住院病历	40
11.2 住院记录	44
11.3 急诊初诊 (留观) 记录	46
12. 表格式专科检查记录	47
12.1 眼科专科检查	47
12.2 肛肠科专科检查	49
13. 病案首页 (附样式)	50
13.1 门诊病案首页	50
13.2 住院病案首页及项目说明	52
13.2.1 编制说明及首页样式	52
13.2.2 中医住院病案首页项目说明	55
附录:	
1. 医嘱本	61
2. 医嘱单	64

1. 中医病案书写通则

中医病案是医务工作者在中医临床工作中用于记载患者疾病发生发展、演变预后、诊断治疗、防护调摄及其结果的原始档案,也是解决医疗纠纷、判定法律责任、医疗保险等事项的重要依据。病案作为第一手的信息资料,对中医医疗、保健、教学、科研、医院管理起着重要的作用。病案书写是临床医师必要的基本功,它反映着临床医务工作者医疗技术、科学作风和文化修养的水平。病案的建设及管理作为医院科学管理的重要内容日益受到重视。规范病案书写格式,加强病案质量管理已成为中医医疗机构管理的重要工作。

1.1 文字、格式、用语及书写要求

(1)中医病案要求内容完整,重点突出,主次分明,条理清晰,语句精炼,字迹清楚,书写整洁,无错别字、自造字。

(2)除病案首页的过敏药物名称和上级医师阅改病案处使用红色墨水笔外,其他书面文字书写一律使用钢笔、蓝黑色墨水。

(3)简化字应以中华人民共和国语言文字工作委员会 1986 年 10 月 10 日发布的《简化字总表》为准。

(4)病案中每页均应填写患者姓名、病案号和页序号。日期一律按×年×月×日×时顺序,用阿拉伯数字填写。

除住院病历、住院记录以外所有的病案记录均应按记录时间、内容、医师签名顺序书写。记录时间按×年×月×日(×时×分)书写。医师签全名位于右侧,字迹必须清晰易认。

(5)中医术语的使用依照中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语》(最新版)、《中医病证分类与代码》(最新版)和中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》(最新版)等有关标准规范;中药名称的使用依照《中华人民共和国药典》(最新版);西医疾病诊断及手术名称依照国家标准《疾病分类与代码》(最新版)。

(6)病案中护理记录按照国家中医药管理局颁布的《中医护理常规、技术操作规程》要求书写。

(7)病案中的数字按 1995 年 12 月 13 日国家技术监督局发布的《出版物上数字用法的规定》书写。

(8)病案中的计量单位按国务院《中华人民共和国法定计量单位》、《常用人体检验数值新旧单位换算法》、《新旧压强单位换算法》书写和使用。

(9)病案书写中要正确使用标点符号,以 1995 年 12 月 13 日国家技术监督局发布的《标点符号用法》为准。

(10)病案书写要求使用统一印制的纸张。

1.2 病案书写人员资格要求

(1)未获得执业医师资格者须书写住院病历。

(2)获得执业医师资格者可书写住院记录。

(3)进修医师是否书写住院记录由所在进修单位决定。

(4)病案其他部分书写人员资格见相应章节。

1.3 病案书写的时限

(1)“门诊病案”和“急诊病案”中的各种记录及“住院病案”中的“首次病程记录”、“抢救记录”、“手术记录”、“转入记录”、“接班记录”、“会诊记录”、“病程记录”要求即时完成。

(2)“住院病历”、“住院记录”、“死亡记录”要求在 24 小时内完成。

(3)“交班记录”、“转出记录”、“出院记录”要求事前完成。

(4)“死亡病例讨论记录”要求在患者死亡 1 周内完成,必要时及时讨论。

(5)住院病案要求在出院后 48 小时内完成归档。

(6)“病案首页”实行按科室(或病区)签署首页制度,要求在出院后 2 周内完成。

1.4 病案的阅改

(1)病案是重要的医疗文书,不得涂改、挖补或剪贴。错误字词如需改正,可用单线划去,将正确字词标注其旁。

(2)住院医师负责指导和督促实习医师、进修医师书写病案,并负责阅改住院病历;主治医师负责阅改住院记录,并负责病案质量;正、副主任医师及科室(病区)主任应经常检查病案质量。

(3)住院病案在一页中阅改超过三处,须重新抄写。

(4)住院病案经各级医师签署首页并归档后,不得再做任何修改。

1.5 其他

(1)书写病案要求做到认真、准确、客观、符合病情。要求住院病历完整系统,住院记录简明扼要、重点突出。

(2)每份住院病案中必须有“住院记录”。住院病历与住院记录内容存在不一致时,以住院记录为准。

(3)每份病案一般应体现三级医师查房。

(4)各项化验、检查报告单分类粘贴,整齐有序,标记清楚。要求有统一印制的化验单、检查报告单粘贴纸。住院病案归档后应将所有检验资料用红铅笔左低右高斜线封档。

(5)出院前要清点患者诊疗资料是否齐全。

(6)病案书写中所涉及的标题用语以本《规范》为准。

(7)根据现行《医疗机构管理条例实施细则》的要求,门诊病案保存 15 年,住院病案保存 30 年。病案的保存与管理遵照国家有关档案管理法规执行。

(8)本规范适用于全国各级中医、中西医结合医疗机构。

2. 中医病案的标题名称

为使病案各部分名称规范,现将病案中各种标题名称统一规定如下:

- (1)病案:指患者在门诊、急诊和住院期间的全部诊疗资料。
- (2)门诊病案:指患者在门诊就诊时的全部诊疗资料。
- (3)急诊病案:指患者在急诊就诊和急诊留观期间的全部诊疗资料。
- (4)住院病案:指患者在住院期间的全部诊疗资料。
- (5)住院病历:不用“大病历”、“入院病历”等名称。
- (6)住院记录:不用“入院录”、“入院志”等名称。
- (7)病程记录:不用“病程日志”、“治疗过程”等名称。
- (8)交班记录:不用“交班志”、“交班小结”、“交班总结”等名称。
- (9)接班记录:不用“接班志”等名称。
- (10)转出记录:不用“转出志”、“转出病历”等名称。
- (11)转入记录:不用“转入志”、“转入病历”等名称。
- (12)阶段小结:不用“病程总结”、“病历小结”等名称。
- (13)出院记录:不用“出院志”、“出院小结”、“出院总结”等名称。
- (14)死亡记录:不用“死亡小结”、“死亡总结”等名称。
- (15)术前讨论记录:不用其他名称。
- (16)手术记录:不用“手术志”、“手术病志”等名称。
- (17)诊断:不用“初步意见”、“意见”、“印象”、“拟诊”、“初步诊断”等名称。

3. 住院病案的排列顺序

3.1 住院期间病案排列顺序

- (1)体温单
- (2)长期医嘱单
- (3)临时医嘱单
- (4)住院病历
- (5)住院记录
- (6)首次病程记录
- (7)病程记录(顺接在首次病程记录之后)
- (8)术前讨论记录
- (9)手术记录
- (10)术后病程记录
- (11)麻醉记录单
- (12)麻醉同意书
- (13)手术同意书
- (14)会诊单
- (15)实验室检查报告单
- (16)输血同意书等各类知情同意书
- (17)有关护理记录
- (18)住院病案首页
- (19)住院证
- (20)前次住院病案或门诊病案或急诊病案等
- (21)外院诊疗资料
- (22)有关医疗证明(患者工作单位的介绍信,外院诊断书,医疗、行政、司法部门的医疗文件副本等)

3.2 出院后病案装订顺序

- (1)目录
- (2)病案首页
- (3)出院记录或死亡记录
- (4)住院证
- (5)住院病历
- (6)住院记录
- (7)首次病程记录
- (8)病程记录(顺接在首次病程记录之后)
- (9)术前讨论记录
- (10)手术同意书
- (11)麻醉同意书
- (12)麻醉记录单
- (13)手术记录
- (14)术后病程记录
- (15)死亡病例讨论记录
- (16)输血同意书等各类知情同意书
- (17)会诊单
- (18)有关护理记录
- (19)实验室检查报告单
- (20)长期医嘱单
- (21)临时医嘱单
- (22)体温单
- (23)有关医疗证明(患者工作单位的介绍信,外院诊断书,医疗、行政、司法部门的医疗文件副本等)
- (24)前次住院病案、死亡病例的门诊病案或急诊病案
- (25)随访记录