



浙江省医疗机构管理与诊疗技术规范丛书

病历书写规范

主 编 陈 鹏

浙江大學出版社



浙江省医疗机构管理与诊疗技术规范丛书

病历书写规范

主 编 陈 鹏

浙江大學出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

病历书写规范 / 陈鹏主编. —杭州: 浙江大学出版社, 2003. 3
(浙江省医疗机构管理与诊疗技术规范丛书)
ISBN 7-308-03279-5

I. 病... I. 陈... III. 病案—书写规则
N. R197. 323

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2003) 第 019694 号

责任编辑 陈晓嘉
封面设计 刘依群
出版发行 浙江大学出版社
(杭州浙大路 38 号 邮政编码 310027)
(E-mail: zupress@mail. hz. zj. cn)
(网址: <http://www.zjupress.com>)
排 版 浙江大学出版社电脑排版中心
印 刷 浙江印刷集团公司
开 本 889mm×1194mm 1/16
印 张 8
字 数 196 千
版 印 次 2003 年 3 月第 1 版 2003 年 11 月第 5 次印刷
印 数 31001—35000
书 号 ISBN 7-308-03279-5/R·114
定 价 16.00 元

序 言

为进一步规范医疗服务行为,使医务工作者和管理人员在医疗实践活动中做到有章可循、规范执业,不断提高医疗服务质量,我们根据国家最新颁布的法律法规和经国家医学权威机构认可的医疗专业技术标准,在对我省原有的医疗管理和技术操作规章进行整理修订的基础上,编辑出版了这套《浙江省医疗机构管理与诊疗技术规范丛书》。

该丛书集医疗行政管理、医疗规章制度及技术操作规范于一体,主要用于医疗机构的日常管理,是医务人员在医疗服务过程中必须严格遵循的行为准则和操作规范,也是各级卫生行政部门对医疗机构进行监督管理、质量控制和开展等级评审的重要依据。

此次修订编写工作历时两年,省内各医疗机构的200多名专家和卫生行政管理人員参与了讨论、编写和审订工作。丛书基本按医疗、病历、护理、麻醉、病理、检验、肿瘤等内容由各质控中心会同有关专业组进行修订和编写,再集中大组进行反复研究讨论。为慎重起见,先后两次在全省范围内广泛征求意见。修订后的版本既更新了原有医疗规范中一些不适应现阶段实际的内容,引进了新的管理模式和现代医学技术,尽可能地保留了经多年实践证明行之有效的经验,使丛书内容更具科学性、先进性和可行性。在此,我谨向参与这项工作的各地卫生行政部门、各有关医院、质控中心和医学院校及全体编审人员表示衷心的感谢。

随着科学技术的进步和社会经济的发展,医疗机构管理与诊疗技术也必将遵循科学发展的规律与时俱进,不断创新。丛书作为全省医务人员和医疗行政机构管理和技术规范化的工具书,必然需要不断地完善。为此,我希望广大读者对书中的不足之处予以指正,以便在下次修订时参考采纳。

浙江省卫生厅厅长 **李孟娟**
二〇〇三年三月

前 言

病历是对患者疾病发生、发展、诊断、治疗、护理、转归等情况的客观和系统的记录。病历在临床医疗、教学科研、医院管理、法律法规、疾病预防以及社会医疗保险等诸多方面都起到重要作用。病历不仅反映了患者的病情,而且体现了医疗机构的专业技术、医疗护理质量和管理水平。病历不但为医疗、科研、教学提供信息资料,同时也为政府部门、疾病预防控制机构和社会医疗保险机构等提供有关决策依据;是处理医疗事故、争议的主要法律证据之一,也是保护患者和医务人员合法权益的重要文书,有助于法律责任的判定。在社会医疗保险制度的实施过程中,病历还是支付医疗费用的重要凭证。

病历书写规范化,既是社会进步、医学不断发展的客观要求和必然趋势,也是培养临床医务人员科学的思维方式、提高其专业技术水平、考核其实际工作能力的有效途径,同时更是广大医务人员依法行医的具体体现。

根据卫生行业病历书写基本规范、医疗机构病历管理规定等相关规章和规定,我们对1998版《浙江省病历书写规范》进行了修订、补充和完善,这一方面是为了适应形势发展的需要,另一方面也是为了切实促进全省医疗质量和病历书写质量的进一步提高。因此,要求每一位医务人员必须以实事求是、严肃认真、高度负责的态度来完成病历书写工作。

浙江省病历管理
质控中心
2003年4月

目 录

上篇 西医部分

第一章 总则	(3)
第一节 基本概念	(3)
第二节 病历书写的基本要求	(3)
第二章 住院病历	(5)
第一节 住院志	(5)
第二节 病程记录内容及书写要求	(13)
第三节 出院记录	(17)
第四节 死亡记录	(17)
第五节 死亡病例讨论记录	(18)
第六节 医嘱	(18)
第七节 辅助检查报告单	(19)
第八节 住院病历排列顺序	(19)
第三章 门(急)诊病历	(21)
第四章 附件	(23)

中篇 护理部分

第五章 总则	(53)
第一节 基本概念	(53)
第二节 护理文书书写的基本要求	(53)

第六章 各种记录单书写要求	(55)
第一节 体温单	(55)
第二节 医嘱单	(56)
第三节 护理记录单	(57)
第四节 手术护理记录单	(59)

第七章 附件	(61)
--------------	------

下篇 中医部分

第八章 总则	(75)
第一节 基本概念	(75)
第二节 病历书写的基本要求	(75)

第九章 住院病历	(77)
第一节 住院志	(77)
第二节 病程记录内容及书写要求	(85)
第三节 出院记录	(89)
第四节 死亡记录	(89)
第五节 死亡病例讨论记录	(90)
第六节 医嘱	(90)
第七节 辅助检查报告单	(91)
第八节 住院病历排列顺序	(91)

第十章 门(急)诊病历	(93)
-------------------	------

第十一章 附件	(95)
---------------	------

上 篇

西医部分

第一章

总 则

第一节 基本概念

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、切片等资料的总称。

病历分为门(急)诊病历(含急诊观察病历)和住院病历。

门(急)诊病历内容包括门诊病历首页(门诊手册封面)、病历记录、化验单(检验报告)、医学影像检查资料等。

住院病历内容包括住院病案首页、住院志、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术知情同意书、麻醉知情同意书、麻醉记录单、手术及手术护理记录单、病理资料、护理记录、出院记录(或死亡记录)、病程记录(含抢救记录)、疑难病例讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录、死亡病例讨论记录等。

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、整理而形成医疗活动记录的行为。

病案是指归档后由病案室保存的病历,包含患者住院期间的全部医疗、护理及其他资料等。

第二节 病历书写的基本要求

(1)病历书写应当使用蓝黑墨水或碳素墨水,门(急)诊病历和需复写的资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。

(2)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。

(3)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,应当用双线划在错字上;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。

(4)病历书写内容要求客观、真实,重点突出;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。

(5)病历应当按照规定的内容书写,并由相应医务人员签名。

实习医务人员、试用期医务人员书写的病历,应当经过在本医疗机构合法执业的医务人员审阅、修改并签名。

进修医务人员应当由接收进修的医疗机构根据其胜任本专业工作的实际情况,经认定后方可书写病历。

(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,修改人员应注明修改日期并签名,并保持原记录清楚、可辨。

(7)因抢救急危患者而未能即时书写病历的,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。

(8)对按照有关规定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,应当由其近亲属签字,没有近亲属的,由其关系人签字;为抢救患者,在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下,可由医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的,应当将有关情况通知患者近亲属,由患者近亲属签署知情选择书,并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署知情选择书的,由患者的法定代理人或者关系人签署知情选择书。知情选择书和患者授权书详见附件二、附件三。

(9)本规范的病历书写规定,是根据卫生行业相关规章、规定的要求制定的,各地区可根据本规范,结合实际制定相应的实施细则。

第二章

住院病历

第一节 住院志

一、概念和分类

住院志是指患者入院后,由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料,并对这些资料归纳、分析、书写而成的记录。

住院志的书写形式分为入院记录,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。

二、入院记录

入院记录内容包括:患者一般情况(姓名、性别、出生日期或年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、单位或住址、入院日期、记录日期、病史陈述者)、主诉、现病史、既往史、个人史、婚育史、女性患者的月经史、家族史、体格检查、专科情况、辅助检查、初步诊断、书写入院记录的医师签名等。

入院记录应在患者入院后24小时内完成。对急、危重患者,要求即时书写首次病程记录,待抢救后情况许可时再及时书写入院记录。

入院记录基本格式见“浙江省_____医院住院病历”。

浙江省_____医院住院病历

病区

床号

住院号

入院记录

姓名:

性别:

出生日期:

出生地:

职业:

民族:

婚姻:

联系地址:

入院日期:

病史陈述者:

主诉:

现病史:

以下内容由病历记录者接着现病史分项、分行书写,无需统一印制(除体格检查表外)。

既往史:

个人史:

婚育史:

家族史:

体格检查:

辅助检查:

初步诊断:

医师签名:

年 月 日

三、入院记录的书写要求

(一)主 诉

指对促使患者就诊的主要症状(或体征)及持续时间的记录。记录应简明扼要,一般不超过20个字,原则上不能用诊断或检查结果来代替主诉;若有几个主要症状,须按发生的先后顺序排列。

(二)现病史

指对患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面详细情况的记录,应当按时间顺序书写。现病史内容包括下列几方面:

(1)发病情况:发病时间、地点,起病缓急,病因及诱因等。

(2)主要症状特点及其演变情况:要准确并具体地描述每一个症状的发生、发展及其变化。如疼痛,应询问疼痛发生的时间、部位、性质、程度,有无放射痛,与饮食有无关系,阵发性还是持续性;如为慢性病,应有前后比较。

(3)伴随症状:发生的时间、特点、演变情况及与主要症状的关系。

(4)发病后诊治经过:发病后至入院前的诊治情况,包括外院的诊断结论、检查结果、用药等治疗情况以及疗效和反应等。

(5)与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

(6)一般情况:精神状态、睡眠、饮食、大小便、体重变化等。

(7)与本次疾病虽无密切关系,但在住院期间仍需给予治疗的其他疾病等情况,应在现病史后另起一段予以记录。

(三)既往史

指患者过去的健康和疾病情况。内容包括:

(1)一般健康状况、疾病史。

(2)传染病史。

(3)预防接种史:种类和最近一次接种日期。

(4)手术、外伤、中毒和输血史。

(5)过敏史:有过敏史者(尤其是药物过敏者),应写明致敏原(药名)、发生时间和症状。

(6)对长期应用的药物和可能成瘾的药物,应当注明药名和使用情况。

(7)系统回顾:病史采集过程中,系统回顾可参照以下要求进行(在现病史或既往病史中,应记录各系统中重要的阳性症状或有鉴别意义的阴性表现)。

①头颅五官:有无视力障碍、耳聋、耳鸣、眩晕、鼻出血、牙痛、牙龈出血、咽喉痛、声音嘶哑等。

②呼吸系统:有无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难等。

③循环系统:有无心悸、气短、发绀、心前区痛、端坐呼吸、晕厥、下肢水肿及血压增高等。

④消化系统:有无食欲减退、恶心、呕吐、呕血、吞咽困难、腹痛、腹胀、腹泻及便血、便秘,有无黄疸、皮肤瘙痒等。

- ⑤泌尿生殖系统:有无尿急、尿频、尿痛、血尿、脓尿、乳糜尿,有无夜尿增多、颜面水肿等。
- ⑥造血系统:有无苍白、乏力、头昏眼花、皮肤出血点、淤斑、淋巴结肿大、肝脾肿大,有无鼻出血、牙龈出血等。
- ⑦内分泌系统及代谢:有无发育畸形、巨人或矮小、性功能改变、第二性征变化及性格的改变,有无闭经、泌乳、肥胖等,有无营养障碍、多饮、多食、多尿、视野缺损等,有无皮肤色素沉着、毛发分布异常等。
- ⑧肌肉及骨关节系统:有无关节红、肿、热、痛和活动障碍,有无关节、脊柱畸形,有无运动障碍、肌肉萎缩、肢体无力等。
- ⑨神经系统:有无头痛、记忆力减退、语言障碍、感觉异常、瘫痪、抽搐与惊厥等。
- ⑩精神状态:有无幻觉、妄想、定向力障碍、情绪异常等。

(四)个人史

- (1)出生地、生长史、居住较长的地区和时间。
- (2)有无疫区居留史(包括疫水或其他疫源接触史)。
- (3)烟酒嗜好史(有烟酒嗜好者应记录其具体情况)及不洁性交史。
- (4)工作性质及有无毒物接触史。
- (5)婚姻家庭关系是否和睦。
- (6)儿科病历须记录出生史、喂养史、预防接种史和生长发育史等。

(五)婚姻、生育及月经史

- (1)婚姻史:是否结婚、结婚年龄、配偶健康状况,有无子女及子女的健康情况等。
- (2)生育史:生育情况的记录方式如下:足月产次数—早产次数—流产次数—现在子女数。
- (3)月经史:记录方法如下:

$$\text{初潮年龄} \frac{\text{经期(天)}}{\text{月经周期(天)}} \text{末次月经时间(或绝经年龄)}$$

此外还应询问月经量、性质,有无痛经和白带情况。

(六)家族史

- (1)家族中有无类似疾病患者。
- (2)直系亲属健康状况:有无传染性疾病、遗传性疾病或具有遗传倾向的疾病(如高血压、血液病、哮喘、痛风、糖尿病、肿瘤、癫痫、肥胖、先天发育异常及精神病等)。如有死亡,应当记录已故直系亲属的死亡原因。遗传性疾病患者两系Ⅲ级亲属关系表详见第四章附件四。

(七)体格检查

体格检查应当按照系统顺序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压,一般情况,皮肤、黏膜,全身浅表淋巴结,头部及其器官,颈部,胸部(胸廓、肺部、心脏、血管),腹部(肝、脾等),直肠、肛门,外生殖器,脊柱,四肢,神经系统等。

本规范的体格检查表详见第四章附件五。“体格检查表(一)”为各科通用的统一格式。对“体格检查表(一)”中未涉及的检查内容或需要详细叙述的部分,主要是与疾病相关的阳性体征、有鉴别意义的阴性体征和专科检查情况,应记录于“体格检查表(二)”。

体格检查的各项内容,尤其是专科的检查应参照以下要求书写。

1. 一般情况

意识(清晰、嗜睡、昏睡、浅昏迷、深昏迷、谵妄),脉搏(P),呼吸(R),血压(BP),体温(T),体重,身高,体位和姿势(自动、被动、强迫),面容与表情(安静、焦虑、痛苦、恐惧、忧虑等,急性或特殊病容),步态(正常、慌张、醉酒、蹒跚等),语言情况(清晰、失音、失语和口吃等),对检查是否合作,回答是否切题等。

2. 皮肤和黏膜

色泽(正常、潮红、苍白、发绀、黄染),是否有水肿、脱水、多汗、皮疹、出血点,有无瘢痕、黏膜溃疡、皮下结节或肿块、瘰管、蜘蛛痣、色素沉着等。若有,应明确记录其部位、大小及形态。

3. 浅表淋巴结

全身或局部浅表淋巴结有无肿大,如有肿大应注明部位(耳前、耳后、乳突区、颈后三角、颈前三角、锁骨上窝、腋窝、滑车上及腹股沟等)、数量、大小、硬度、活动度及有无黏连及压痛,局部皮肤有无红、肿、热、痛、瘰管或瘢痕等。

4. 头部及其器官

有无畸形、肿块、压痛,头发外观情况(疏密、色泽、分布)。

眼 眉毛(脱落)、睫毛(倒睫)、眼睑(水肿、下垂)、眼球(活动情况:震颤、斜视等)、结膜(充血、水肿、苍白、出血、滤泡)、巩膜(黄染)、角膜(混浊、云翳、白斑、软化、溃疡等)、瞳孔(大小、形态、对称、对光反射等),功能检查(视力、视野、色觉),眼底检查。

耳 耳廓形状,外耳道是否通畅,有无分泌物,乳突有无压痛,听力初测情况等。

鼻 有无畸形、鼻翼扇动、阻塞、分泌物、鼻出血,鼻窦有无压痛及嗅觉情况等。

口 气味。

唇:颜色、疱疹、皲裂、溃疡。

牙:龋齿、缺牙、义牙、残根。

牙龈:色泽、肿胀、溢脓、出血、铅线。

舌:形态、舌质、舌苔、溃疡、运动、舌肌萎缩和震颤、伸舌居中或偏斜。

黏膜:有无色素沉着、出血、溃疡。

扁桃体:大小,有无充血、分泌物、假膜。

咽:色泽、分泌物、充血及吞咽反射。

腮腺:大小、硬度、压痛。

喉:发音情况。

5. 颈部

是否对称,有无抵抗强直、压痛、包块,活动是否受限。

颈动脉:有无异常搏动及杂音。

颈静脉:有无怒张,肝-颈静脉回流征。

气管:位置是否居中。

甲状腺:大小、硬度,有无压痛、包块(或结节)、震颤及杂音。

6. 胸部

胸廓是否对称,有无畸形、局部隆起、凹陷,呼吸深度如何及是否受限;胸壁是否有皮下气肿、压痛;静脉有无曲张及回流方向异常。

乳房:大小、硬度和弹性,是否有红肿、橘皮样外观,有无压痛、包块等。

肺脏:

- ①望诊:呼吸类型、运动(两侧对比是否对称)、频率、节律、肋间隙(增宽、变窄、隆起或凹陷)。
- ②触诊:胸廓扩张度,语音震颤,胸膜摩擦感。
- ③叩诊:叩诊音(清音、浊音、鼓音、实音,异常者应注明部位),肺上界、肺前界、肺下界,呼吸时肺下界移动范围。
- ④听诊:呼吸音的性质(正常呼吸音、支气管呼吸音、支气管肺泡音、肺泡音)、强度(减低、增强、消失),有无干湿性啰音、语音传导异常,有无胸膜摩擦音。

心脏:

- ①望诊:心前区是否有异常搏动、隆起与凹陷,心尖搏动位置和特点(范围、强度)。
- ②触诊:心尖搏动的性质及位置(最亮点),有无震颤或摩擦感(部位、时间和强度)。
- ③叩诊:心脏左右浊音界,可用左、右第Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ肋间隙距胸骨中线的距离(cm)表示,并注明左锁骨中线距胸骨中线的距离,如下表所示:

右界(cm)	肋间	左界(cm)
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	Ⅴ	

左锁骨中线距胸骨中线为()cm

- ④听诊:心率、心律、心音(增强、减弱、分裂、 P_2 与 A_2 的比较、额外心音、奔马律)、杂音(部位、性质、时期、心动期间的传导方向及强度)、心包摩擦音。

血管:桡动脉脉率、节律(规则、不规则、脉搏短促)、紧张度与动脉壁状态、脉波(正常、水冲脉、奇脉),左右桡动脉搏动的比较,有无血管杂音。

周围血管征:毛细血管搏动征、枪击音、Duroziez双重杂音。

血压:左、右上肢收缩压和舒张压,必要时与下肢比较。

7. 腹部

- ①望诊:对称、大小、膨隆、凹陷、呼吸运动、皮疹、色素、腹纹、瘢痕、体毛、脐疝、静脉曲张与血流方向,胃肠型和蠕动波,腹围测量(有无腹水或腹部包块)。

- ②触诊:腹部柔软、紧张度,有无压痛、反跳痛(压痛部位及其程度),有无包块(部位、大小、形态、质地、压痛、移动度)。

肝脏:大小、质地(质软、中等硬度或质韧、质硬)、表面光滑度及边缘钝或锐,有无压痛等。

胆囊:可否触及,有无压痛。

脾脏:可否触及,大小、硬度、压痛、表面光滑度及边缘钝或锐。脾脏肿大的测量有