

编写依据：国家卫生部最新颁布的

《病历书写基本规范》

《中医病历书写基本规范》

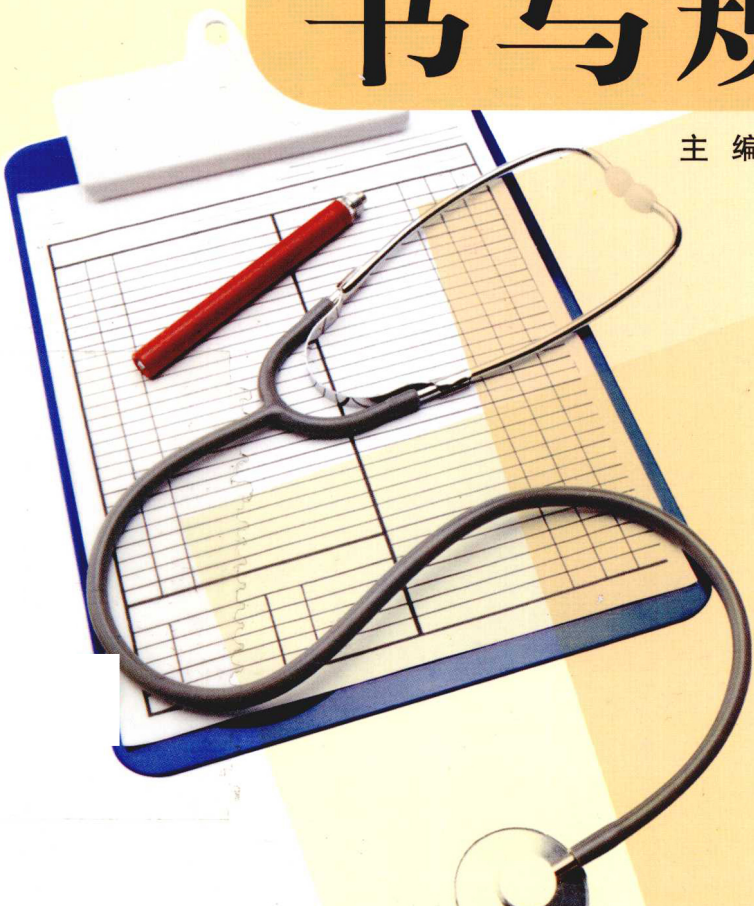
《电子病历基本规范》

病历

Bingli
Shuxie Guifan

书写规范

主 编 霍仲厚 霍文静



凤凰出版传媒集团
江苏科学技术出版社

编写依据：国家卫生部最新颁布的

《病历书写基本规范》

《中医病历书写基本规范》

《电子病历基本规范》

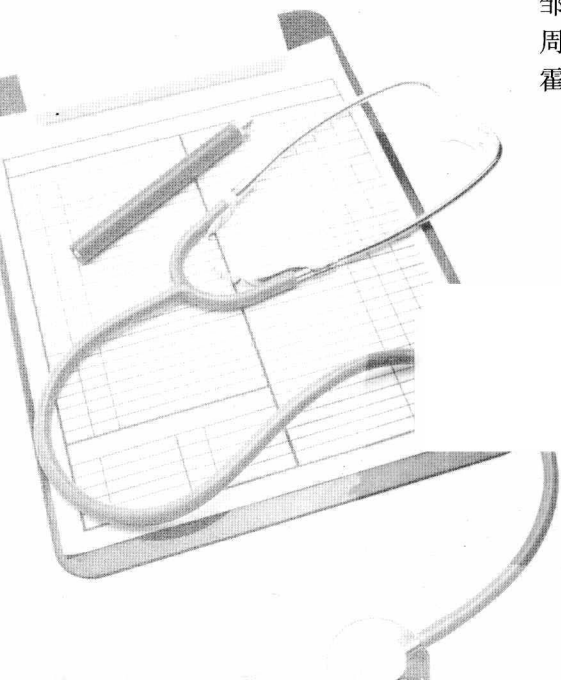
病历

Bingli
Shuxie Guifan

书写规范

主 编 霍仲厚 霍文静
副主编 周 山 罗 艺 吉保民 陈 俐
编写人员 (以姓氏笔画为序)

王 敏 田 光 吉保民 刘震宇
邹志康 张 伟 陈 俐 罗 艺
周 山 杨志强 胡慧军 黄泽民
霍文静 霍仲厚



凤凰出版传媒集团
江苏科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

病历书写规范 / 霍仲厚等主编. —南京:江苏科学技术出版社, 2011. 6

ISBN 978-7-5345-8052-9

I. ①病… II. ①霍… III. ①病案—书写规则 IV. ①R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 085901 号

病历书写规范

主 编 霍仲厚 霍文静
责任编辑 杜 辛 徐祝平 吴 静
责任校对 郝慧华
责任监制 曹叶平 周雅婷

出版发行 江苏科学技术出版社(南京市湖南路1号A楼,邮编:210009)
网 址 <http://www.pspress.cn>
集团地址 凤凰出版传媒集团(南京市湖南路1号A楼,邮编:210009)
集团网址 凤凰出版传媒网 <http://www.ppm.cn>
经 销 江苏省新华发行集团有限公司
印 刷 南京人文印刷厂

开 本 880 mm×1 230 mm 1/32
印 张 4
字 数 100 000
版 次 2011年6月第1版
印 次 2011年6月第1次印刷

标准书号 ISBN 978-7-5345-8052-9
定 价 15.00 元

图书如有印装质量问题,可随时向我社出版科调换。

内 容 简 介

本书根据国家卫生部 2010 年颁布的《病历书写基本规范》《中医病历书写基本规范》《电子病历基本规范》，由国内从事病历研究、病历管理、病历使用等方面的医学专家，结合已经出版的《病历书写示范》(第二版)和临床实践进行编写。全书共分七章，内容包括：病历书写的基本要求、内容及注意事项；门、急诊病历和处方的书写要求；住院病历书写要求，其中包括入院记录和 32 种重要记录的书写要求；临床 35 个专科病历的书写要求；电子病历书写要求；病历管理要求等。

本书医学名词标准，专业术语规范，专科特色明显，法规意识突出，能适应各级医疗机构的实际需要，对医学院校的教学和规范临床各级医务人员病历书写有重要参考价值。

前 言

病历书写是各级临床医务人员的基本功之一,也是医疗工作中的重要环节。病历不仅能够体现医疗质量和学术水平,用于临床教学和科研活动,也是政法工作的宝贵素材和重要依据。随着医疗体制改革的不断深入,医疗法令法规的不断完善,从国家卫生部到地方各级医疗机构对病历的书写越来越重视,要求也越来越严格。因此,临床医务人员必须不断学习,以积极的态度、负责的精神、实事求是的科学作风,做好病历书写工作。

病历书写的各项要求,虽有明确规定,但许多临床医务人员仍不能在实际工作中正确执行这些要求和规定,尤其是法律意识不强,以致在发生医疗纠纷时处于被动地位。为了认真贯彻落实国家卫生部2010年颁布的《病历书写基本规范》、《中医病历书写基本规范》、《电子病历基本规范》等一系列文件的精神,我们组织国内多年从事病历研究、病历管理、病历使用等方面的医学专家,结合已经出版的《病历书写示范》(第二版)和临床实践,编撰了这本《病历书写规范》,力求做到医学名词标准,专业术语规范,专科特色明显,法规意识突出,以适应各级医疗机构的实际需要,成为临床各级专业技术人员的有益参照。

全书共分七章:第一章为病历书写的基本要求、内容及注意事项;第二章为门、急诊病历和处方的书写要求;第三章为住院病历书写要求,其中包括入院记录和32种重要记录的书写要求;第四章为临床35个专科病历的书写要求;第五章为电子病历书写要求;第六章为病历管理要求;第七章为一些重要参考资料。

在编撰过程中,为使本书能更好地适应临床医务人员的需要,我们还组织中国人民解放军海军总医院、空军总医院、305 医院、总政治部门诊部和人民军医出版社的医学专家和病案专家分别撰写了有关专科的内容,医院机关的同志们在本书付梓前做了大量的沟通和协调工作,在此表示诚挚的敬意和谢意。本书出版得到了江苏科学技术出版社徐祝平主任、吴静编辑的热心帮助和支持,谨此一并致谢。

霍仲厚

目 录

第一章 病历书写	1
第一节 病历书写的一般要求	1
第二节 各种记录书写的基本要求	2
第二章 门(急)诊病历及处方书写要求	5
第一节 门(急)诊病历书写的一般要求	5
第二节 门(急)诊初诊病历内容及书写要求	6
一、初诊病历记录要求	6
二、中医初诊病历记录内容与要求	7
第三节 门(急)诊复诊病历内容及书写要求	7
一、复诊病历记录要求	7
二、中医复诊病历记录内容与要求	7
第四节 急诊留院观察病历内容及书写要求	8
第五节 处方书写规范	8
一、处方的分类	8
二、处方的内容	8
三、处方的权限	9
四、处方书写规定	9
五、中医处方规定	10
第三章 住院病历书写要求	11
第一节 病案首页书写要求	11
第二节 入院记录书写要求	13
一、初次入院记录	14
二、再次或多次入院记录	20
三、24小时内入出院记录	20
四、24小时内死亡记录	20

第三节 病程记录书写要求	20
一、首次病程记录	21
二、日常病程记录	22
三、上级医师查房记录	22
四、抢救记录	23
五、疑难病例讨论记录	23
六、交(接)班记录	23
七、转科记录	23
八、阶段小结	24
九、有创诊疗操作记录	24
十、会诊记录	24
十一、术前小结	25
十二、术前讨论记录	25
十三、麻醉术前访视记录	25
十四、麻醉记录	25
十五、麻醉术后访视记录	26
十六、手术记录	26
十七、手术安全核查记录	26
十八、手术清点记录	26
十九、术后首次病程记录	27
二十、出(转)院记录	27
二十一、死亡记录	27
二十二、死亡病例讨论记录	28
二十三、死亡报告	28
二十四、病重(病危)病人护理记录	28
第四节 医嘱单书写要求	29
第五节 手术同意书书写要求	30
第六节 麻醉同意书书写要求	30
第七节 输血治疗知情同意书书写要求	31
第八节 特殊检查(特殊治疗)同意书书写 要求	31

第九节	病危(重)通知书书写要求	31
第十节	辅助检查报告单书写要求	32
第十一节	体温单	32
第四章	各专科病历书写要求	33
第一节	传染科病历	33
第二节	呼吸内科病历	35
第三节	结核科病历	37
第四节	心血管内科病历	38
第五节	消化内科病历	40
第六节	肾脏内科病历	41
第七节	内分泌科病历	42
第八节	血液病科病历	44
第九节	风湿科病历	45
第十节	神经内科病历	49
第十一节	精神科病历	51
第十二节	老年病科病历	53
第十三节	肿瘤科病历	55
第十四节	皮肤科病历	56
第十五节	儿科病历	58
第十六节	普通外科病历	60
第十七节	肝胆外科病历	60
第十八节	肛肠外科病历	61
第十九节	神经外科病历	62
第二十节	胸外科病历	63
第二十一节	心血管外科病历	64
第二十二节	泌尿外科病历	65
第二十三节	烧伤科病历	68
第二十四节	整形外科病历	69
第二十五节	骨科病历	71
第二十六节	眼科病历	74
第二十七节	耳鼻咽喉科病历	77

第二十八节 口腔内科病历	80
第二十九节 口腔外科病历	84
第三十节 产科病历	85
第三十一节 妇科病历	87
第三十二节 康复医学科病历	88
第三十三节 介入放射科病历	89
第三十四节 高压氧科病历	90
第三十五节 中医科病历	92
第五章 电子病历书写	95
第一节 电子病历概念及作用	95
第二节 电子病历特点	96
第三节 电子病历基本要求	97
第四节 实施电子病历基本条件	98
第五节 电子病历存在的问题	99
第六节 电子病历管理	100
第六章 病历管理	103
第一节 病历的整理	103
第二节 病历排列顺序	103
一、住院期间病历排列顺序	103
二、转科后病历排列顺序	105
三、出院(转院、死亡)后病历排列顺序	105
第三节 病历的使用	106
第四节 打印病历的要求	107
第五节 病历的保管	107
一、入院病历的管理	107
二、出院病历的归档程序	107
三、病历的保存	108
第七章 重要参考资料	110
第一节 法定计量单位	110
第二节 医疗护理记录中的常见错误	116

第一章 病历书写

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、切片等资料的总和,包括门(急)诊病历和住院病历。

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、整理形成医疗活动记录的行为。

第一节 病历书写的一般要求

1. 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

2. 病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水的钢笔,需复写的病历资料可以使用蓝色或黑色油水的圆珠笔。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

3. 病历书写应当使用中文和规范的医学术语。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。

4. 病历记录内容应充实完整,文词简洁确切、通俗易懂,标点正确。要求字体端正清楚,不可用草书及杜撰怪字。

书写过程中出现错字时,应当用双线画在错字上,保留原记录清楚、可辨,并注明修改时间、修改人姓名,不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

5. 病历应当按照规定的内容书写,并由相应医务人员签名。上级医务人员有审查、修改下级医务人员书写病历的责任。住院病人的病历应经各级医师审阅修改。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注册的医务人员审阅、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认定后书写病历。修改病历应在病人

入院后 48 小时内完成,修改甚多者应予誉清。

6. 除产科及大批同类病病人入院外,一般不可采用表格代替病历;如需用表格式病历,须经医院院长批准。

7. 因抢救急危病人,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。

8. 对按照有关规定需取得病人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),应当由病人本人签署知情同意书。病人不具备完全民事行为能力时,应当由其法定代理人签字;病人因病无法签字时,应当由其授权的人员签字;为抢救病人,在法定代理人或被授权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病人说明情况的,应当将有关情况告知病人近亲属,由病人近亲属签署知情同意书,并及时记录。病人无近亲属的或者病人近亲属无法签署同意书的,由病人的法定代理人或者关系人签署同意书。

9. 疾病诊断和手术名称及编号,采用世界卫生组织出版的《国际疾病名称分类》(最新版),便于统计和分析。所用译名参考《医学词汇》(科学出版社出版),疾病名称及个别名词如尚无妥善译名者,可用原文或拉丁文。

10. 病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间,采用 24 小时制记录。任何记录均应注明年、月、日。病人的急诊、抢救、手术等记录,应记明时刻。如 1999 年 7 月 6 日下午 9 时 30 分,可写作 1999-7-6,21:30。医师书写各项病历记录告一段落时,应签署本人姓名,签名应工整清晰。

11. 中医、中西医结合病历,应按卫生部印发的《中医病历书写基本规范》书写。

第二节 各种记录书写的基本要求

1. 病历中的各种记录,要严格按照要求内容进行规范书写,确保准确性、真实性和及时性,维护医疗工作的科学性。

2. 新入院病人的入院记录由住院医师认真书写;有实习医师者,另由实习医师系统书写入院记录。在病史询问及体格检查时,住院医师应指导实习医师进行。

3. 入院记录须在采集病史及体格检查后,经过综合分析、加工整理后书写。所有内容与数字须确实可靠、简明扼要,避免含糊笼统及主观臆断;对阳性发现应详尽描述,有鉴别诊断价值的阴性材料亦应列入。各种症状和体征应用医学术语记录,不得用诊断名词。病人提及以前所患疾病未得确诊者,其病名应附加引号。对与本病有关的疾病,应注明症状及诊疗经过。所述各类事实,应尽可能明确其发生日期(或年龄)及地点,急性病应详细询问发病时刻。

4. 入院记录除着重记录与本专科密切相关的病史、体征、检验及其他检查结果外,对于病人所患非本专科的伤病情况及诊疗经过也应注意记录。所有未愈伤病,不论病史久暂,均应列入现病史中,已愈或已久不复发者方可列入过去病史。在列述诊断时,也应将当前存在、尚未痊愈的伤病名称逐一列举。

凡属于其他医院转入或再次入院的病人,均应按新入院病人处理。由其他科室转入者应写转入记录。由本科不同病区或病室转入者,只需在病程记录中作必要的记载与补充即可。

5. 入院记录尽可能于次晨主治医师巡诊前完成,最迟须在病人入院后 24 小时内完成。如因病人病重未能详查而在 24 小时内不能完成入院病历时,则详细的首次病程记录务必及时完成;入院病历可待情况许可时补写。大批收容时,由主任医师酌情规定完成病历的时间。

6. 首次病程记录,由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录,应当在病人入院 8 小时内完成。

7. 每张用纸均须填写病人姓名、住院号、科别及用纸次序页数。入院记录及病程记录应分别编排页码。

8. 特别记录。为便于总结临床经验、提高医疗质量、进行教学与科研,对于某些常见伤病及特殊治疗经过,特殊检查结果,特殊变化的判断、处理及后果,应立即记入。可拟订某些特

别记录表格并按规定填写。特别记录表格不得代替正式病历与病程记录。

9. 科室、医院医疗行政领导的重要意见,病人家属及组织负责人所交代的有关病人的重要事项等,要如实记录。

10. 如为中西医结合的病程记录,应记录中医辨证施治情况,如证型改变、方药改变、中医的观察分析等。中医或针灸处方应记入中医处方记录单或病程记录。

11. 凡由值班或代班医师在其值班、代班时间内所做的诊疗工作,均应按病情需要记入病程记录。

12. 病历摘要。病历摘要的填报手续:转院、出院或院外会诊等需要病历摘要者,由住院医师或实习医师书写,经主治医师或主任医师审签后送交医务部、处审阅盖公章,根据具体情况决定由病人或护送人员带去或交邮寄。

病历摘要的内容:①一般项目,按入院记录项目记载。②入院时情况及各项检查结果。③病程经过情况、治疗情况及治愈程度。④最后诊断。⑤病人当前情况。⑥必要时填写今后治疗、处置及其他注意事项。邀请院外会诊时,应提出会诊目的。

13. 护理记录。护理人员要根据医嘱和病情对病重(病危)病人住院期间的护理过程进行客观记录。

第二章 门(急)诊病历及处方书写要求

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、化验单(检验报告)、医学影像检查资料等。

门(急)诊病历记录,分为初诊病历记录和复诊病历记录。抢救危重病人时,应当书写抢救记录。对收入急诊观察室的病人,应当书写留观期间的观察记录。

第一节 门(急)诊病历书写的一般要求

1. 门(急)诊病历记录,应当由接诊医师在病人就诊时及时完成。

2. 门(急)诊病历首页内容,应当包括病人姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、食物和药物过敏史等项目。门诊病历首页要逐项填写,如有错误或遗漏,应及时更正及补充。病人职业须具体,工人写明工种,军人写明兵种及职务。姓名、工作单位、地址,必须准确。

3. 病历须用蓝黑墨水书写。记录文字须清晰易辨,勿用作废的简化字、杜撰怪字、怪异符号。病人的症状、体征,要用医学术语记录。

4. 记录每页写明病人姓名、门诊病案号,每次诊疗记明年月日,急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟,如1990年6月30日下午9:15,写作:1990-6-30,21:15。

5. 眼科、口腔科、产科等专用记录用纸,他科不宜移用。

6. 体温记录均以摄氏表为准,37.5摄氏度记作37.5℃。“腋表”与“肛表”须注明,如38.4℃(腋或A),38.3℃(肛或R)，“口表”不加注。

7. 随访记录要求

(1) 出院病人应按病情需要在门诊定期随访,由门诊医师负责记录出院后病情、体检、检验、诊断、治疗、处理情况,今后注意事项等,应与病室医师取得联系。

(2) 随访期限依病情决定,一般每月或数月1次,直至病人病情稳定或痊愈、恢复工作为止。

第二节 门(急)诊初诊病历内容及书写要求

初诊病历是病人第一次到门(急)诊就诊的病历。

一、初诊病历记录要求

初诊病历记录书写内容,应当包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史,阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果,诊断及治疗意见和医师签名等。

1. 主诉:扼要记录促使病人来诊的主要症状及病程。

2. 简要病史:确切扼要记述现病史;主要病多项、复杂者,应酌情予以分段;次要病、他科病及重要的既往史、伤残及家族史可扼要记录。

3. 体格检查:全面、重点记录阳性体征及有关的阴性体征。

4. 辅助检查:分行列举各项检查的结果及意见。需要会诊时,应写明专科会诊目的与具体要求。

5. 初步诊断或诊断:写在病历纸的右半部。分行列举确诊或拟诊的疾病,重要、急性、本科的在前;次要、慢性、他科的在后。不要用症状、体征代替诊断,勿用“待查”、“待诊”等字样,诊断难定时可在病名后加“?”号,如“慢性胃炎?”。疾病诊断,先写病名后写部位。

6. 处理措施:写在记录纸的左半部。分行列举药名、剂量、用法及拟做的各项检验、检查项目,生活注意事项,休息方式及日期;必要时记录预约下次门诊日期及随访要求等。可用中文或外文书写。

7. 处方记录:应明确记载药名、剂量、用法及所给总量。每药或各疗法分行列举,可用中文或外文。

8. 签名写在右边,须清晰易辨。

二、中医初诊病历记录内容与要求

中医初诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史,中医四诊情况,阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果,中医诊断或辨证结论(病、证或型);治疗意见和医师签名等。

第三节 门(急)诊复诊病历内容及书写要求

一、复诊病历记录要求

复诊病历记录书写内容,应当包括病人就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

1. 重点记录病人上次检查后送回的报告单主要内容、病情变化、药物反应等,注意新出现症状及其可能原因,避免用“病情同前”字样。

2. 体格检查可重点进行,复查上次所见阳性体征,注意新见体征。

3. 诊断无变化免再填,有改变则改写诊断。对疑诊的病人经3次复诊后,尽可能作出明确诊断。

4. 其余同初诊病历。

二、中医复诊病历记录内容与要求

中医复诊病历记录书写内容,应当包括就诊时间、科别、中医四诊情况,必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

应客观、准确记录病人上次中医治疗后病情变化,以及本次