

医疗文书
书写规范与病案管理

主编 徐书珍 刘文东 韩同钦

医疗文书

(第二版)

书写规范与病案管理

YILIAO WENSHU
SHUXIE GUIFAN YU BINGAN GUANLI

 军事医学科学出版社

医疗文书书写规范 与病案管理

(第2版)

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

医疗文书书写规范与病案管理/徐书珍,刘文东,韩同钦主编. -2 版
-北京:军事医学科学出版社,2010. 11

ISBN 978 - 7 - 80245 - 588 - 7

I. ①医… II. ①徐… ②刘… ③韩… III. ①病案 - 书写规则
②病案 - 管理 IV. ①R197. 323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 198549 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931051,66931049,63827166

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

传 真:(010)63801284

网 站:<http://www.mmsp.cn>

印 装:北京冶金大业印刷有限公司

发 行:新华书店

开 本:787mm × 1092mm 1/16

印 张:28.75(彩 2)

字 数:510 千字

版 次:2011 年 3 月第 2 版

印 次:2011 年 3 月第 1 次

定 价:48.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内 容 提 要

自《医疗事故处理条例》及《医疗机构病历管理规定〔卫医法(2002)193号〕》颁布以来,从国家卫生部、各省卫生厅及各地方卫生局、医疗机构对病历书写越来越重视,对病历书写规范要求越来越明确。

本书是根据病历书写有关规定:《病历书写基本规范〔卫医发(2002)190号〕》、《病历书写基本规范〔全国病历质量控制委员会2003年1月〕》、《中医、中西医结合病历书写基本规范〔国中医药发(2002)36号〕》,结合近几年临床医学发展的需要,参考几省市卫生厅病历书写的具体规定及最新资料编写而成。本书共18章(不包括附录)121节,主要包括病历、病案的历史、发展、作用;各科门急诊病历、住院病历、入院记录、各专科记录及病程记录的书写要求及典型示例;手术科室相关记录书写要求及示例,各种通知单、申请单、报告单的书写要求及示例;处方、医嘱、护理文书的书写要求及示例;各种知情同意书及医学鉴定书的书写要求,病案管理的具体规定,以及医疗文书考评方法等。附录转载了国家卫生部颁发的病历书写的有关文件,常用医疗专用名词及缩写、临床检验参考值、检验数值新旧单位换算表、内科常用疾病名称英汉对照表及希腊字母、罗马数字、常用元素表等。是一部涵盖面广、内容丰富的有关病历书写的最新参考书,适合于各级医院、各层次医务人员。

前 言

2006 年第一版《医疗文书书写规范与病案管理》出版后受到广大读者的欢迎,对指导病历书写的规范化,解决临床工作中病历书写经常遇到的一些困惑和问题起到了很大的作用。

为规范我国医疗机构病历书写行为,提高病历质量,保障医疗质量和医疗安全,根据《医疗事故处理条例》有关规定,2002 年卫生部印发了《病历书写基本规范(试行)》,实施 7 年多来,各医疗机构病历书写质量有了很大的提高,但随着社会的发展,科学技术和信息技术以及医学知识和法律意识的提高,对病历书写和病案管理又提出了新的要求。在总结《病历书写基本规范[2002](试行)》实施情况的基础上,结合当前医疗机构管理和医疗质量管理的新形势和新特点,卫生部对《病历书写基本规范[2002](试行)》进行了修改和完善,制订了《病历书写基本规范[2010]11 号》。为适应广大读者的需要,更好地理解 and 执行《病历书写基本规范[2010]11 号》,我们对《医疗文书书写规范与病案管理》进行了修改和再版。

病历是医务人员诊疗过程全面,真实的书面记录,病历书写是医疗工作的重要环节,是医院医疗、教学、科研、预防、保健、管理工作的重要档案资料,是处理医疗问题,评定伤病残的重要客观依据。书写完整而规范的病历,是培养临床医师临床思维能力的基本方法,是提高临床医师业务水平的重要途径。病历书写质量不但能反映医院正规化、规范化的管理水平,而且能反映出每个医务人员的综合功底,如学术水平、医学知识、医疗作风、综合分析能力、文字修养、法律意识等。病案管理是检查和监督医院科学化管理的可靠依据,是行政管理、医疗管理的决策参考,是医疗统计重要的原始资料。

随着科技的发展,医院管理的信息化进程也在飞速发展,电子病历成为病案的一个发展趋势。通过电子病历,可以实现医院内和医院间的信息共享。由于存储可靠性高,并有效节约存储空间,实现病案无损保存,而且方便检索和查阅,电子存储技术将逐步普及。

本书严格按照《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范[2010]11号》、《医疗机构病历管理规定》、《病历书写质量考评办法》及《电子病历基本规范》等有关规定作为书写基本原则。全书共分19章,第一章概述了病历的历史、作用、分类和基本要求。第二章为门(急)诊病历书写要求与示例。第三章介绍住院病历书写要求与示例,包括住院病历、入院记录、再次或多次入院记录、24小时内入出院、24小时内入院死亡记录及表格式病历书写要求及格式。第四章为各专科入院记录书写要求与示例。第五章为病程记录书写要求与示例,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、交(接)班记录、转出(入)科记录、阶段小结、抢救记录及会诊记录书写要求与示例,增加了有创诊疗操作记录。第六章为手术科室相关记录,如术前小结、术前病例讨论、麻醉记录、手术记录、术后首次病程记录,增加了麻醉术前访视记录。手术安全核查记录、手术清点记录和麻醉后访视记录。第七章为各种通知单(书)、证明书、申请单、意见书及报告单书写要求与示例。第八章为病历首页书写规范。第九章为各种知情同意书的书写要求。第十章至第十四章为医嘱、护理文书、医疗预防保健文书书写和病历排列与整理,辅助检查申请单和报告单及式样。第十五章介绍医疗事故(纠纷)鉴定意见书的书写。第十六章为病历档案管理,增加了电子病历管理、电子存储技术的新概念。第十七、十八章为处方的书写、管理、评价以及病历质量考评方法及标准。

徐书珍

2010年9月

目 录

第一章 概论	(1)
第一节 病历和病案的概念及历史	(1)
第二节 病历的作用与意义	(2)
第三节 病历的分类及组成	(4)
第四节 病历书写的原则及基本要求	(5)
第五节 病历书写规范对既往病历书写要求的改进	(7)
第二章 门(急)诊病历书写要求与示例	(10)
第一节 门(急)诊病历记录内容及书写基本要求	(10)
第二节 初诊病历书写要求与示例	(12)
第三节 复诊病历书写要求与示例	(13)
第四节 急诊病历书写要求与示例	(14)
第五节 门(急)诊会诊病历书写要求与示例	(16)
第六节 急诊观察室观察记录书写要求与示例	(16)
第三章 住院病历书写要求	(18)
第一节 住院病历书写内容及注意事项	(18)
第二节 住院病历(俗称大病历)书写要求及格式	(22)
第三节 入院记录书写要求及格式	(31)
第四节 再次和多次入院记录书写要求及格式	(39)
第五节 24 h 内入出院记录书写要求及格式	(41)
第六节 24 h 内入院死亡记录书写要求及格式	(43)
第七节 表格式病历书写要求及格式	(46)
第四章 专科入院记录书写要求与示例	(65)
第一节 呼吸科入院记录及示例	(65)
第二节 心内科入院记录及示例	(68)
第三节 消化科入院记录及示例	(70)
第四节 内分泌科入院记录及示例	(73)
第五节 肾脏病科入院记录及示例	(76)
第六节 神经内科入院记录及示例	(78)

第七节	血液科入院记录及示例	(82)
第八节	精神科入院记录及示例	(84)
第九节	传染病科入院记录及示例	(91)
第十节	结核病科入院记录及示例	(93)
第十一节	风湿免疫科入院记录及示例	(96)
第十二节	老年病科入院记录及示例	(101)
第十三节	肿瘤科入院记录及示例	(103)
第十四节	皮肤科入院记录及示例	(105)
第十五节	儿科入院记录及示例	(109)
第十六节	中医科入院记录及示例	(112)
第十七节	心理科病历	(116)
第十八节	普通外科入院记录及示例	(121)
第十九节	胸外科入院记录及示例	(123)
第二十节	泌尿外科入院记录及示例	(125)
第二十一节	骨科入院记录及示例	(128)
第二十二节	神经外科入院记录及示例	(130)
第二十三节	心血管外科入院记录及示例	(133)
第二十四节	肝胆外科入院记录及示例	(135)
第二十五节	烧伤外科入院记录及示例	(138)
第二十六节	肛肠外科入院记录及示例	(140)
第二十七节	肾移植科入院记录及示例	(142)
第二十八节	微创外科入院记录及示例	(143)
第二十九节	整形外科入院记录及示例	(144)
第三十节	美容外科入院记录及示例	(147)
第三十一节	妇科入院记录及示例	(151)
第三十二节	产科入院记录及示例	(154)
第三十三节	眼科入院记录及示例	(157)
第三十四节	耳鼻喉科入院记录及示例	(161)
第三十五节	口腔颌面外科入院记录及示例	(165)
第三十六节	高压氧诊疗记录及示例	(168)
第五章	病程记录书写要求及示例	(171)
第一节	首次病程记录书写要求及示例	(171)
第二节	日常病程记录书写要求及示例	(172)
第三节	上级医师查房记录书写要求及示例	(174)
第四节	疑难病例讨论记录书写要求及示例	(175)

第五节	交(接)班记录书写要求及示例	(178)
第六节	转出(人)科记录书写要求及示例	(180)
第七节	阶段小结书写要求及示例	(182)
第八节	抢救记录书写要求及示例	(183)
第九节	有创诊疗操作记录书写要求及示例	(184)
第十节	会诊记录书写要求及示例	(186)
第六章	手术科室相关记录	(188)
第一节	术前小结书写要求	(188)
第二节	术前讨论记录书写要求	(189)
第三节	麻醉术前访视记录书写要求及格式	(189)
第四节	麻醉记录书写要求	(191)
第五节	手术记录书写要求	(193)
第六节	手术安全核查记录书写要求及格式	(194)
第七节	手术清点记录书写要求及格式	(194)
第八节	术后首次病程记录书写要求及示例	(199)
第九节	麻醉术后访视记录书写要求及格式	(199)
第七章	其他记录书写要求与示例	(201)
第一节	病危通知单的书写要求及格式	(201)
第二节	出院记录的书写要求及格式(含表格式出院记录)	(202)
第三节	出院通知书的书写要求及格式	(206)
第四节	死亡记录的书写要求及格式	(207)
第五节	死亡通知单的书写要求及格式	(209)
第六节	居民死亡医学证明书的书写要求及格式	(209)
第七节	死亡病例讨论的书写要求及格式	(211)
第八节	病重(病危)患者护理记录书写要求及格式	(213)
第九节	死亡报告的书写要求及格式	(214)
第十节	诊断证明书的书写要求及格式	(216)
第十一节	尸体解剖申请单、意见书及报告单书写示例	(218)
第十二节	欠费通知书书写示例	(222)
第八章	病历首页的书写要求及格式	(224)
第九章	知情同意书书写要求	(230)
第一节	概述	(230)
第二节	知情同意权履行主体及方式	(231)
第三节	知情同意书书写形式和内容	(234)

第四节	必须履行书面知情同意手续的有创检查、治疗项目	(237)
第五节	允许不履行书面知情同意手续的有创检查、治疗项目 ..	(239)
第六节	知情同意书示例	(239)
第十章	医嘱	(249)
第一节	概述	(249)
第二节	长期医嘱的书写要求及格式	(250)
第三节	临时医嘱的书写要求及格式	(253)
第十一章	护理文书	(255)
第一节	护理文书概述	(255)
第二节	护理文书书写内容及要求	(255)
第十二章	辅助检查申请单和报告单	(266)
第一节	辅助检查申请单书写要求	(266)
第二节	辅助检查报告单书写要求	(270)
第三节	辅助检查申请单和报告单示例	(275)
	检验报告单示例	(275)
	X 线检查申请单示例	(276)
	X 线检查报告单示例	(276)
	超声波检查申请单示例	(277)
	超声波检查报告单示例一	(278)
	超声波检查报告单示例二	(279)
	电子胃镜检查报告单示例	(280)
	CT 检查申请单示例(第一联)	(281)
	CT 检查申请单示例(第二联)	(282)
	CT 检查报告单示例	(283)
	MRI 检查申请单示例(第一联)	(284)
	MRI 检查申请单示例(第二联)	(285)
	MRI 检查报告单示例	(286)
	病理组织送验单示例	(287)
	病理检验报告单示例	(288)
第十三章	医疗预防保健文书书写	(289)
第一节	职工医疗保健病历	(289)
第二节	职工医疗保健处方	(290)
第三节	定期健康查体	(290)
第四节	计划免疫	(291)
第五节	疫情报告及管理	(292)

第十四章	病历排列与整理	(293)
第一节	病历排列顺序	(293)
第二节	病案管理	(294)
第十五章	医疗事故(纠纷)鉴定意见书的书写	(296)
第十六章	病历档案管理	(298)
第一节	病案现代化管理技术	(298)
第二节	国际疾病分类(ICD)	(300)
第三节	病案编号与分类	(307)
第四节	医院随访工作	(309)
第五节	电子病历(EMR)在临床上的应用	(311)
第六节	病历复印及复制	(313)
第七节	病历借阅	(315)
第八节	病历封存	(317)
第九节	疾病和有关健康问题的国际统计分类(ICD-10)的临床应用	(317)
第十七章	处方	(321)
第一节	处方的重要性	(321)
第二节	处方的类型	(321)
第三节	处方的格式与项目	(323)
第四节	处方的书写	(323)
第五节	处方的评价	(325)
第六节	处方的管理	(329)
第十八章	病历质量考评方法及标准	(334)
第一节	病历书写质量考评方法	(334)
第二节	门(急)诊病历质量考评标准	(335)
第三节	住院病历质量考评标准	(337)
附录		
一、	医疗事故处理条例(中华人民共和国国务院第351号令)	(342)
二、	病历书写基本规范(试行)(卫医政发[2010]11号)	(353)
三、	中医、中西医结合病历书写基本规范(试行)	
	(国中医药发[2002]36号)	(363)
四、	电子病历基本规范(试行)(卫医政发[2010]24号)	(371)
五、	医疗机构病历管理规定(卫医发[2002]193号)	(375)
六、	病历书写规范(全国病案质量监控委员会2004年5月)	(378)
七、	常用医疗专用名词及其缩略语	(403)

八、临床检验参考值	(406)
九、常用人体检验数值新旧单位换算表	(429)
十、内科常用疾病名称英汉对照表	(434)
十一、希腊字母、罗马数字、常用元素表	(444)

第一章 概 论

第一节 病历和病案的概念及历史

一、病历和病案的概念

《病历书写基本规范》(2010 版)第一条至第三条和《医疗机构病历管理规定》(卫医发[2002]193 号)第 2 条指出: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。病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。新版《辞海》对病历的定义为:病历亦称“病案”,古称“诊籍”,是医务人员对患者患病经过和治疗情况所做的文字记录。

卫生部颁布的《医疗机构病历管理规定》(卫医发[2002]193 号)第 3 条及第 4 条指出:医疗机构应当建立病历管理制度,设置专门部门或者配备专(兼)职人员,具体负责本机构和病案的保存和管理的工作。在医疗机构建有门(急)诊病历档案的,其门(急)诊病历由医疗机构负责保管;没有在医疗机构建立门(急)诊病历档案的,其门(急)诊病历由患者负责保管。目前公认的概念是:从病历资料的建立之时起到整理归档之前称为病历;而病历转交到病案室并经病案管理人员整理后归档即成为病案。

随着医学的发展,法律意识的健全,医疗分工更趋细致和完善,对于病历的概念又有了新的认识:现代医疗活动存在着明确分工,随着医学发展分工将更加精细,由于医学各专业相互关联的性质,各分工之间必须有协作,不可避免地存在一些中间环节,这些中间环节需履行文字手续来表达,形成一些临时性文件,而这些文件一旦达到了具体医疗行为的目的之后就没有存在的价值,医院一般不予保存,如入院须知等。因此,不是所有医疗活动过程中形成的文字、符号、图表等资料都归为病案;病理切片、X 线片、CT 片、MRI 片等只能为报告单才是病历的组成成分,申请单也不是病历的组

成成分,不在病历中保存。在实行电子病历之后,病历切片图像及其他影像资料图片可成为病历的组成成分。

二、病历的历史

人类保存最早的医疗记录是埃及医师 Imhotep 在大约公元前 2900 年记录的 48 例外科手术病历。大约在公元前 460 年,以医师誓约而文明于世的医学之父、希腊名医 Hippocrates 也有精彩的医疗记录流传于世。他对患者病情记述详细,包括体温、脉搏、呼吸、排泄物、痰以及疼痛部位、整体活动等,他书写的病历体裁、风格、顺序,后被医学界视为典范。病历是伴随着医学的产生而产生、伴随着医学的发展而发展。我国的医疗记录历史久远,发现最早的医疗记录是殷墟出土的商代甲骨文,记录有疾首、疾目、疾齿、疾足、疾趾、疾身等 21 种对疾病的描述。完整病历出现在距今 2170 年的汉代,在《史记·扁鹊仓公列传》中记载了当时著名医学家淳于意写的病历 25 例,称为“诊籍”,淳于意也是我国第一位有意识地做诊疗记录的科学家。我国的医院建立于 100 多年前,但科学、系统地保存病历仅有 80 多年的历史。1921 年协和医院建立了第一个病案室,但那时的病历记录很简单,医生对病历的认识仅限于在医疗上参考使用。改革开放以来,为适应社会主义经济建设的发展,传统的医院管理模式逐渐向标准化、科学化的管理模式转变,医院病案和病案管理得到充分的重视和发展。随着新的《医疗事故处理条例》和最高人民法院《关于民事诉控证据的若干规定》即“举证责任倒置”的实施,将对加强病案质量管理、提高医疗服务质量、预防医疗事故的发生起到积极作用。

电子技术的发展及医院管理现代化的需要,电子病案(electronic medical record, EMR)已被逐渐推广和应用。电子病案不仅包括了纸张病历的所有内容,而且包括了声像、图文等信息,在远程会诊,病理、病例讨论等学术活动中也起到很重要的作用,其完整的资料,数据处理、网络传输、诊疗支持、统计分析等是纸张病历无法比拟的,电子病案将是 21 世纪医院信息系统的核心。

第二节 病历的作用与意义

一、病历的作用

病历是患者疾病发生、发展、诊断、治疗情况的系统记录;是临床医师根据问诊、查体、辅助检查以及对病情的详细观察所获得的资料,经过归纳、分

析、整理、书写而成的疾病档案资料。病例不但真实反映患者病情,也直接反映医院医疗质量、学术水平及管理水平;不但为医疗、科研、教学提供极其宝贵的基础资料,也为医院管理提供不可缺少的医疗信息;在涉及医疗争议时,病历又是帮助判定法律责任的重要依据;在医疗保险中,病历是相关医疗付费的凭据。

(一)对患者而言

病历记录患者疾病的发生、发展、变化、判断、治疗和转归的全过程,是患者个人的健康档案,涉及患者的健康状况、民事权利、个人隐私等。

(二)对医护人员而言

病历是对患者进行诊断、治疗等医疗行为的详细记录,反映医疗工作的实际情况,医务人员的工作责任心,通过病历可判断医务人员的技术水平、行为是非等。

(三)在医疗方面

病历是医务人员正确诊断和决定治疗方案不可缺少的重要依据。现代医学的特点是群体参与性,没有准确明了的记录、详实的临床检查结果及处理方法,其他医务人员很难参与诊治。

(四)在教学方面

一份内容完整的病历能够系统地反映出某个病例的全貌,是临床教学中极具生动性的教材,它的示教意义远远高出教科书和直接检查患者。

(五)在科研方面

医学科学的目的是提高医学理论水平和寻求最佳的诊断及治疗方法。通过对大量的病历资料的分析研究,可以得出新的经验;新的经验推广于临床所产生的资料又记录在病历中,如此周而复始,促进临床医疗医学的发展。研究某些病例的特殊性,及一些少见病例和新发现病例的发生、发展。找出某些疾病的预防措施,减少发病率,从而达到保障人民健康的目的。

(六)在医院管理方面

病历是医院管理中重要的信息资料,反映了医护人员的医疗水平、服务质量、医疗费用与医疗活动的比值等,是检查和监督医院工作进行科学管理的决策参考;病历是医疗统计重要的原始资料,是医疗业务活动数量和质量统计的可靠依据。通过对各种指标的统计,实现卫生行政部门对医院工作的评价和监督。

(七)在法律证据方面

1. 病历的基本属性决定了它在发生医疗争议时所起的原始证据作用,它是解决医疗争议、判断法律责任等事项不可缺少的法律依据。

2. 为处理意外伤害类事件,鉴定伤者受伤程度及身体恢复情况,提供不

可缺少的依据。

3. 病历是决定公民事权利的证据。依据公民出生、死亡的记录,决定公民的民事权利。

4. 对某些患者,病历是判断其行为能力的一个重要依据。如是否承担自己的民事责任的能力、是否患精神病、有无家族遗传病等。

5. 病历记录是司法鉴定、劳动力鉴定、保险公司赔付等不可缺少的依据。

(八) 在医疗保险方面

病历中的医嘱、检查报告等是医院、基本医疗保险系统、商业保险公司计算医疗费用和支付保额的基本依据。

病历体现了医疗的发展史,同时揭示了一定历史背景下医疗发展情况,并提供某些社会及政治方面的必需资料,如某种传染病的大暴发、天花的消灭等。

二、病历的意义

从病历的作用和价值可以看出,书写病历是临床实践中一项十分重要的工作。书写完整而规范的病历,是培养临床医师临床思维能力的基本方法,是提高临床医师业务水平的重要途径。病案书写质量的优劣是考核临床医师实际工作能力的客观检验标准之一。一份病历书写得好与不好,一看是否“规范”,二看“内涵质量”。它涉及书写者的方方面面,如书写态度、医学专业知识水平、临床实践经验、书面表达能力、文字修养、法律意识、对有关病历书写的规章制度的理解执行情况等。

每一位临床医师必须牢记老一辈临床医学家张孝骞教授所说:“写大病历的阶段至为重要,要通过它形成一种终身不改的习惯,即在诊务繁忙之中也能如条件反射般运用,在诊治患者过程中不遗漏任何要点。这种训练是短暂的,稍纵即逝,一旦落课,就无法再补,切勿等闲视之。”要以高度负责的敬业精神、实事求是的科学态度,认真写好病历。

第三节 病历的分类及组成

一、病历的分类

病历分为门(急)诊病历(含急诊观察病历)和住院病历。

1. 门(急)诊病历 是患者在门(急)诊就诊时,由接诊医师书写的病历记录。

2. 住院病历 是患者办理住院手续后,由病房以及其他相关医务人员书写的各种医疗记录。

二、门(急)诊病历组成

1. 病历首页(封面)。
2. 病历记录。
3. 辅助检查报告单(包括化验、特殊检查、影像学报告单等)。

三、住院病历的组成

1. 住院病历首页。
2. 住院志。形式有入院记录或再次(多次)入院记录或24 h内入出院记录或24 h内入院死亡记录、住院病历(大病历)。
3. 体温单。
4. 医嘱单。
5. 化验单(检查报告)、医学影像学资料。
6. 病程记录(含抢救记录)、疑难病历讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录。
7. 特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、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(或死亡)记录、死亡病例讨论记录等。

第四节 病历书写的原则及基本要求

一、病历书写的原则

病历书写的原则就是指导临床医师书写病历的基本要求,是临床医师书写病历过程中必须遵循的一般性规定,也是评价临床医师病历质量的根本依据。根据病历书写基本规范(试行)第3条的规定,病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整。这10个字就是病历书写的基本原则。

1. 客观 就是患者所患疾病实实在在存在的、不以人的意志为转移的一切现象,是患者身上所反映出来的内容。从病史上来说,应当尽量根据患者描述的本来意思书写。从体征来说,应该是医师亲自诊查所感受和检查到的一切阳性和重要的阴性结果,不能是听来的,或者主观臆测,或抄袭他人撰写的东西。

2. 真实 就是医师询问病史、检查患者后,对患者陈述的病史和检查到的有意义的体征分析在病历上的体现。对患者陈述的病史、症状和自己检