

中医病案书写规范

国家中医药管理局医政司

于明生

中国病案书写规范

国家中医药管理局医政司

千
里
行
記

前 言

病案，又称诊籍、脉案、医案、病历、病史，1953年卫生部召开医政会议，正式定名为病案。它是医疗部门记载病人生活习性、病情、诊断、治疗及预后等医疗实践的案卷，是病人的诊疗档案，又是医疗、教学、科研工作的宝贵资料，同时也是解决医疗纠纷、事故，判定法律责任等事项的一种事实依据。

中医病案始见于春秋战国时期。《史记·扁鹊仓公列传》上记载有名医淳于意的诊籍25则。唐宋以后，医案盛行，宋·许叔微所撰的《伤寒九十论》可谓中医医案的第一本专著。明清之时，著名的医案专著颇多，清·喻嘉言的《寓意草》载有议病式，所列项目较全，可为中医病案书写的雏形。新中国成立后，大批中医医院的建立，对中医病案的书写规范与病案的管理工作要求日趋迫切。但由于我国中医、西医同时并存，出现过以西医、中西医结合、中医四诊八纲理法方药等多种格式书写的病案，给中医医院的病案管理及医疗质量的评估造成了困难。

1982年春，中华全国中医学会内科学会在南京召开“首届全国中医病案建设研讨会”，以发展中医学术和保持发扬中医特色为出发点，拟定了《中医病历书写格式和要求》。此后，卫生部中医司汇集全国十余省市二十余种中医病案书写格式，并邀请全国部分专家及临床各科各级医师、医院管理人员进行专题论证和修订，1983年以(83)卫中医字第54号文，发往全国试行。经过几年的临床实践，使中医病案书写格式得到了初步统一，受到全国中医界的广泛赞同和支持，有力地

促进了医疗质量的提高,推动了中医临床学术的发展,在医、教、研及医院管理方面均收到了良好的效益。1988年,国家中医药管理局委托中华全国中医学会在青岛召开了有中医临床各科专家参加的“中医病案规范化研讨会”。经过认真论证,完成了《中医病案书写规范》(征求意见稿),并发往全国各省及计划单列市广泛征求意见,此后曾十余次组织有关各级各类专业人员,对全国各地所提意见和建议进行了认真的综合、分析、研究。1991年上半年,国家中医药管理局在北京组织中医临床专家、病案及医院管理人员对《中医病案书写规范》进行最后的审定工作,正式制定了《中医病案书写规范》。本《规范》包括:中医病案书写通则、中医病案的统一名称、中医病案的排列顺序及项目注释、中医病案书写格式、中医各科情况书写要点及病案举例等五大部分。在制定过程中,重视突出中医学术特点,体现中医理论和病案内容的完整性,以便在诊疗实践中总结经验,促进中医学术发展。

中医病案的建设和管理,是中医医疗机构业务建设的重要组成部分,是考核临床医师技术水平和衡量医疗质量、管理质量的重要依据之一,尤其关系到中医学术水平和临床疗效的提高。为了更好地适应中医医疗实践和现代管理的需要,实施中医病案书写规范工作势在必行。希望各级中医医疗主管部门认真组织实施,对在实施中发现的问题和提出的建议要认真收集,及时上报,以不断提高本《规范》的系统性、科学性、实用性。使中医病案标准化、系统化的建设日臻完善,为发展中医学术、振兴中医药事业作出贡献!

国家中医药管理局医政司

一九九一年五月

目 录

前 言

一、中医病案书写通则	(1)
二、中医病案的统一名称	(4)
三、中医病案的排列顺序及项目注释	(6)
四、中医病案书写格式	(11)
(一) 门诊病案	(11)
1. 初诊记录	(11)
2. 复诊记录	(12)
(二) 急诊病案	(12)
1. 急诊初诊记录	(12)
2. 急诊留观记录	(12)
(三) 住院病案	(13)
1. 住院病历	(13)
2. 住院记录(附举例)	(16)
3. 病程记录(附举例)	(21)
4. 交班记录(附举例)	(25)
5. 接班记录(附举例)	(27)
6. 阶段小结(附举例)	(28)
7. 转出记录(附举例)	(29)
8. 转入记录(附举例)	(30)
9. 病例讨论记录(附举例)	(32)
10. 死亡记录(附举例)	(34)
11. 死亡病例讨论记录(附举例)	(36)
12. 出院记录(附举例)	(38)

一、中医病案书写通则

中医病案，是在临床工作中用于记载病人生活习性、病情、诊断、治疗及预后等中医医疗实践的案卷，是病人的诊疗档案。它为医、教、研提供第一手信息和资料，也是帮助解决医疗纠纷、判定法律责任等事项的一种事实依据。认真书写病案是培养中医临床医务人员业务水平和科学态度的主要途径之一，是临床工作者必需的基本功训练。其书写质量直接反映医务人员的学术水平和工作态度。病案建设也是医院科学管理的一项重要内容。为此，制定中医病案书写通则如下：

(一)书写病案必须严肃认真、实事求是，记录要全面、准确、及时。“住院病历”要求在病员入院24小时内完成；“门诊病案”和“急诊病案”中的各种记录要求当时完成；其它如“住院记录”、“手术记录”、“转入记录”、“抢救记录”、“死亡记录”要在24小时内完成；“交班记录”、“转出记录”、“出院记录”要事前完成；“首次病程记录”、“接班记录”要及时完成；“病案首页”要在患者出院后48小时内完成，试行按科室(或病区)集体签署首页的制度，(见附录8)。

(二)中医临床重视症状学的观察，为此，症状描述必须详细，并要求使用中医术语。病案内容要求完整、精炼、语句通顺，努力做到重点突出、主次分明、条理清晰。注意前后病情演变的连贯性和系统性，体现整体观念和辩证论治理法方药完整统一的原则。

(三)要求按照中医四诊对病人进行系统检查，对于体格

检查、实验室检查、各种特殊检查及诊断，应详细记录，进行必要的分析。

(四)对患者及家属叙述的每一个症状，均应耐心听取，认真对待，细致分析。询问时尽量采用通俗语言，如“拉肚子”、“不想吃饭”等，而记录时则必须使用中医术语，如“腹泻”、“纳呆”等。

(五)中医诊断的病证名称，暂用全国高等中医院校统编教材中的病证名称，并参照国家中医药管理局一九八九年三月下发的《中医内、外、妇、儿科病证诊断疗效标准》第一辑，及《中医内科急症诊疗规范》(试行)第一辑中的病证名称，有关西医的疾病诊断及手术名称参照《国际疾病分类》(ICD-9)，正确书写。

(六)“住院病历”、“住院记录”、“首次病程记录”、“病程记录”、“死亡记录”、“转出记录”、“转入记录”、“出院记录”、“术前讨论记录”、“术后病程记录”等标题，单独占一行并用红色墨水笔书写于中央。病案内容一律用蓝黑墨水笔书写。

(七)病案中所有记录，每页上均应填写病人姓名、病案号和页序号。日期一律按×年×月×日顺序，用阿拉伯数字填写。

(八)病案每一次记录后，医师要用正楷签全名于右下方。各科主治医师，正、副主任医师及科室主任，应经常检查病案书写质量，发现问题及时纠正，上级医师用红色墨水笔批阅病案，并用蓝黑墨水笔正楷签全名于右下方，以示负责。

(九)手术记录的写法同西医手术记录。

(十)中医病案中护理记录内容暂时参照国家中医药管理局颁发的《全国中医医院分级管理标准》中的有关辨证施护记

录要求书写。

(十一)中医病案要求字迹清楚,书写整洁,标点符号使用正确。不得挖补、剪贴。需改正时,要使用修改符号,并在修改处旁边签医师全名。“住院病历”在一页中修改达三处以上,应重新抄正。简化字应以一九六四年国家文字改革委员会颁布的第二批简化汉字表为准。

(十二)以上要求适用于中医各科、中西医结合科。

千
祖
醫

二、中医病案的统一名称

为使病案规范化，现将病案中各种名称统一命名如下：

(一)病案：指病人在门、急诊就诊和住院期间的全部诊疗资料。

(二)门诊病案：指病人在门诊就诊时的全部诊疗资料。分“初诊记录”、“复诊记录”。不用“门诊记录”名称。

(三)急诊病案：指病人在急诊就诊时的全部诊疗资料。分“急诊初诊记录”、“急诊留观记录”。不用“急诊记录”名称。

(四)住院病案：指病人在住院期间的全部诊疗资料。包括“住院病历”、“住院记录”等。

(五)住院病历：指由实习医师、进修医师和二年（含二年）以内住院医师书写的大病历，格式见后。

(六)住院记录：指由二年（不含二年）以上住院医师及其以上职称医师书写的病案。不用“入院志”、“住院志”等名称。当病人再次住院时，应写明“第×次住院记录”，不用“再入院志”、“复入院志”等名称。

(七)入院诊断：不用“初步意见”、“意见”、“印象”、“拟诊”、“初步诊断”等名称。诊断暂不能确立时，在诊断病名之后写“？”。

(八)病程记录：分“首次病程记录”和“病程记录”。不用“首次病程志”、“病程日志”、“治疗过程”等名称。抢救记录、会诊记录记载在病程记录中，不另单列。

(九)交班记录：不用“交班志”、“交班小结”、“交

班总结”等名称。

(十)接班记录：不用“接班志”等名称。

(十一)转出记录：不用“转出志”、“转出病历”等名称。

(十二)转入记录：不用“转入志”、“转入病历”等名称。

(十三)阶段小结：不用“病程总结”、“病历小结”等名称。一般3~4周小结一次。

(十四)出院记录：不用“出院志”、“出院小结”、“出院总结”等名称。

(十五)死亡记录：不用“死亡小结”、“死亡总结”等名称。

(十六)留观记录、留观出院记录：为急诊观察病案标题，书写要求同“住院记录”和“出院记录”。

(十七)术前讨论记录。

(十八)手术记录：不用“手术志”、“手术病志”等名称。

千
裡
記
誌

三、中医病案的排列顺序及项目注释

(一) 住院期间住院病案排列顺序

1. 体温单;
2. 长期医嘱;
3. 临时医嘱;
4. 住院病历或住院记录;
5. 首次病程记录;
6. 病程记录(包括抢救记录、会诊记录等);
7. 专题科研观察单;
8. 手术记录;
9. 术后病程记录;
10. 术前讨论记录(单);
11. 麻醉单;
12. 手术同意书;
13. 会诊单;
14. 化验单;
15. 其他检查报告单(如X线、ECG、B超、病理等);
16. 特殊检查报告单(如MRI、r—照相等);
17. 特护记录;
18. 出院记录或死亡记录;
19. 病案首页;
20. 住院证;
21. 前次住院病案或门诊病案或急诊病案等;
22. 外院诊疗资料。

(二) 出院后病案装订顺序

1. 目录页;
2. 病案首页;
3. 出院记录或死亡记录;
4. 住院证;
5. 住院病历或住院记录;
6. 首次病程记录;
7. 病程记录;
8. 术前讨论记录(单);
9. 手术同意书;
10. 麻醉单;
11. 手术记录;
12. 术后病程记录;
13. 会诊单;
14. 特护记录及有关护理记录;
15. 化验单;
16. 其他检查报告单;
17. 特殊检查报告单;
18. 长期医嘱;
19. 临时医嘱;
20. 体温单;
21. 前次住院病案、死亡病例的门诊病案或急诊病案;
22. 随访记录;
23. 有关医疗证明(如患者工作单位的介绍信, 院外诊断书, 本院提供医疗、行政、司法部门的医疗文件副本等)。

(三) 项目注释

1. 体温单:

(1) 用钢笔(蓝黑墨水)填写姓名、性别、年龄、病案号、住院日期、科或病区及床号。

(2) 填写日期栏时, 第一页第一日应写×年×月×日, 如1989年2月18日。其余每页只填×日, 如遇新的月份或年份开始时, 则应填写×年×月×日。

(3) 手术日期栏: 手术日期在手术当日写手术①, 第二次手术写手术②。

(4) 在体温单40~42℃间, 在当日相应时间格内用红笔填写住院、出院、转科、死亡时间, 应竖写, 如入院于14时20分; 出院于10时40分; 转××科于15时20分; 死亡于22时05分。

(5) 如有特殊治疗应在体温单35℃以下栏内用红笔书写。

(6) 体温、脉搏、呼吸曲线的划法与要求按护理统一规定执行。

2. 医嘱单:

(1) 一般要求

① 医嘱分长期医嘱(需要执行24小时以上的医嘱)及临时医嘱两种。

② 医嘱用蓝黑墨水钢笔书写, 字迹必须清楚, 遇有写错之处不得涂改, 要用红色墨水钢笔或红印在原医嘱上重叠“取消”字样并签名。

③ 开医嘱须详细写明时间、姓名、床号、医嘱内容并

签名。

④ 医嘱更改较多时，应按统一规定及时重整医嘱。

⑤ 凡一项医嘱一行内写不完整时，另起一行；两项以上医嘱，不能写在同一行内，如“禁食”、“胃肠造影”，应分行单写。

⑥ 医嘱的中文药名不能随意缩写，外文药名缩写应统一规范，如“复方新诺明”可写为 SMZco。

(2) 长期医嘱书写顺序

① 护理级别

② 护理常规

③ 饮食

④ 检查

⑤ 治疗

3. 术前讨论记录：

(1) 各科拟定需要讨论的手术应有手术讨论记录。包括病人一般项目、术前诊断、手术指征、手术目的、手术方式和径路，术中可能出现的问题及其预防和处理措施，术中术后并发症及预后估计。

(2) 住院医师应于手术前将病人的术前讨论记录书写完整交由主治医师审阅、修改、补充并签名，以示负责。

4. 手术同意书：

由住院医师根据术前讨论填写手术同意书，经主治医师签名后，将内容向病人的家属或病人本人（注意医疗性保护）说明，由其签署是否同意手术并签名。重要脏器的损伤性探查，如漂浮导管、脑动脉造影等，也需填写手术同意书。

5. 手术记录：

手术记录应由术者或第一助手填写，包括病人一般项目、

手术名称、麻醉方式、手术经过、步骤、术中探查所见、术中出现的一般问题及其处理、术终时病人的情况。

6. 病案首页填写：

(1) 首页各项目均应认真填写齐全。

(2) 诊断名称应写中医病证名、西医病名，不能随意简化或缩写。

(3) 有药物过敏史者，在首页上用红色墨水笔填写过敏药物名称。

(4) 病案首页的填写，详见附录7《中医病案首页填写说明》。

于祖望

四、中医病案书写格式

(一) 门诊病案

1. 初诊记录

姓名： 性别： 年龄： 病案号：

科别： ____年____月____日

问诊：

主诉：病人最痛苦的主要症状(或体征)及持续时间。

病史：主症发生的时间、病情发展变化的情况、诊治经过及必要的既往病史等。

望、闻、切诊：

与诊断有关的望、闻、切诊的阳性所见，必要的体格检查等。

舌象(舌体、舌质、舌苔、舌底脉络)。

脉象(两周岁以下小儿需察指纹)。

实验室检查及特殊检查结果。

辨证分析：

归纳四诊所得的主症、阳性体征、舌象、脉象等，扼要分析病位、病因、证候属性、病机转化。

诊断：

含中医病(证)名，证候及西医病名诊断。可写疑似诊断，但门诊三次仍未确诊者，应请上级医师会诊，协助诊断。

治法：

根据辨证写出指导用药的立法。

于
初
诊