

醫護文書規範

陆要武 主编

广东高等教育出版社

医 护 文 书 規 范

陆要武 主编

广东高等教育出版社

粤新登字09号

医 护 文 书 规 范

陆要武主编

广东高等教育出版社出版

广东省新华书店经销

广州第一军医大学印刷厂印刷

787×1092毫米 16开本 10.25印张 240千字

1991年8月第1版 1992年5月第2次印刷

印数13001—17500册 ISBN7-5361-0644-0/R·41

定价：5.50元



名誉主编

吴晓恒 王宪国

主 编

陆 要 武

副 主 编

郑木明 金建忠

编 委

(按姓氏笔划为序)

刘瑞林 苏元林 单国心

郑玉华 张定康 施长泰

赵 燕 黄腊梅 穆 莉

参加编写者

顾荣和 于微微

审 阅 者

罗力生 郭衡山 赖世忠

汪能平 尹 烈

前 言

医护文书是医院医疗、教学和科研工作的重要资料，是处理医疗问题的法律依据。医护文书质量高低，不但能反映医院正规化、规范化的管理水平，而且能反映每个医护人员的基本功力。医护文书作为医院基础医疗工作，是医院管理既基础又重要的内容。但是，多年来，医护文书书写缺少统一的格式与要求，在校所学与实际所用不一致，各个医院也有差异，同时，医护文书质量又往往易被繁忙的医院管理者所忽视。为了使医护文书书写趋于统一，便于检查，1987年，我校编写了《医护文书示范》，供内部医护人员使用，几年来，军内外医院纷纷来函索取，因此，1989年萌发了编辑出版《医护文书规范》的念头，以供广大医护工作者在书写医护文书时参考。该书的编写以教科书为依据，参照了中国人民解放军总后卫生部编写的《医疗护理技术操作常规》，力争做到实用及格式统一，达到规范作用。本书读者面向初级医护人员，医学院校的实习医师和医院管理者。

本书共分五章，六项附录，20多万字。第一章绪论，简要的介绍了病历的重要性及整理规则、保管与借阅。第二章病历，介绍了各种病历、记录的书写要求，并附有示例。第三章申请单及报告单，介绍了书写要求，附有示例。第四章护理记录，在介绍各种护理记录单填写要求时，扼要介绍了责任制护理病历书写要求。第五章病历排列顺序。由于编写时间仓促，水平有限，本书在编写过程中，遗漏与错误在所难免，诚恳希望广大医院管理和医务工作者提出批评与指正。

本书在编写过程中，得到了广东科技出版社编辑室原主任李友琴同志和广东高等教育出版社编辑室黄一龙主任的指导和帮助，著名书画家连登同志题写了书名，在此一并表示衷心的感谢！

吴晓恒

1990.10.1

目 录

第一章 绪 论

第一节	病历的重要性	(1)
第二节	病历整理规则	(1)
第三节	病历保管与借阅	(2)

第二章 病 历

第一节	病历首页填写要求	(3)
	病历首页	(5)
第二节	门诊病历记录书写要求	(7)
第三节	门诊病历记录书写格式	(8)
	门诊病历记录	(8)
第四节	病历书写要求	(9)
	病历书写一般要求	(9)
	外科与专科病历书写要求	(11)
第五节	入院病历格式与内容	(16)
	入院病历 (内科)	(20)
	入院病历 (外科)	(24)
	入院病历 (专科)	(27)
第六节	入院记录书写要求	(31)
第七节	入院记录格式	(31)
	入院记录 (内科)	(32)
	入院记录 (外科)	(33)
	入院记录 (专科)	(34)
	入院记录 (中西医结合)	(36)
	入院记录 (表格式)	(38)
	入院记录 (英文)	(39)
第八节	诊断分析与诊疗计划	(41)
第九节	再次入院记录	(42)
第十节	门诊急诊病历	(43)
第十一节	各种记录书写要求	(44)

病程记录.....	(44)
上级医师查房记录.....	(46)
交班记录.....	(46)
接班记录.....	(47)
阶段小结.....	(48)
会诊邀请单.....	(48)
会诊记录.....	(48)
转出记录.....	(49)
转入记录.....	(50)
术前小结.....	(51)
术前讨论.....	(52)
术前谈话记录.....	(53)
手术记录.....	(54)
麻醉记录.....	(55)
术后记录.....	(55)
疑难病例讨论记录.....	(56)
抢救记录.....	(56)
病历摘要.....	(57)
特别记录.....	(58)
出院记录.....	(60)
死亡记录.....	(61)
死亡病例讨论记录.....	(62)
诊断证明书.....	(63)
出院通知书.....	(64)

第三章 申请单及报告单

第一节 申请单书写要求.....	(65)
第二节 报告单书写要求.....	(65)
一、心电图等检查申请单及报告单.....	(67)
心电图检查申请单.....	(67)
心电图检查报告单.....	(68)
心电图向量图检查申请单.....	(69)
心电图向量图检查报告单.....	(70)
超声心动图检查申请单.....	(71)
超声心动图检查报告单.....	(72)

二、超声波检查申请单及报告单	(73)
A 型超声波检查申请单	(73)
A 型超声波检查报告单	(74)
B 型超声波检查申请单	(75)
B 型超声波检查报告单	(76)
三、纤维胃肠镜检查申请单及报告单	(77)
纤维胃镜检查申请单	(77)
纤维胃镜检查报告单	(78)
纤维肠镜检查申请单	(79)
纤维肠镜检查报告单	(80)
四、纤维支气管镜检查申请单及报告单	(81)
纤维支气管镜检查申请单	(81)
纤维支气管镜检查报告单	(82)
肺功能测定申请单	(83)
肺功能测定报告单	(84)
五、脑电图检查申请单及报告单	(85)
脑电图检查申请单	(85)
脑电图检查报告单	(86)
六、肌电图检查申请单及报告单	(87)
肌电图检查申请单	(87)
肌电图检查报告单	(88)
七、X 线等检查申请单及报告单	(89)
X 线检查申请单	(89)
X 线检查报告单	(90)
CT 检查申请单	(91)
CT 检查报告单	(92)
磁共振成像 (MRI) 检查申请单	(93)
磁共振成像 (MRI) 检查报告单	(94)
八、核素检查申请单及报告单	(95)
同位素检查申请单及报告单	(95)
九、病理检查申请单及报告单	(96)
病理检查申请单	(96)
病理检查报告单	(97)
第三节 病历质量检查评分标准	(98)
病历质量检查评分标准 (I)	(98)
病历质量检查评分标准 (II)	(101)

【附】病历质量检查评分登记表	(104)
----------------	---------

第四章 护理记录

第一节 护理记录书写要求	(105)
体温单填写要求	(105)
医嘱本填写要求	(106)
医嘱记录单填写要求	(107)
特别护理记录单填写要求	(107)
病室报告本填写要求	(107)
第二节 责任制护理病历书写要求	(108)
护理病历首页	(109)
护理计划单	(110)
护理记录单	(112)

第五章 病历排列顺序

第一节 住院期间病历排列顺序	(114)
第二节 转科后病历排列顺序	(114)
第三节 出院后病历排列顺序	(115)
附一、处方书写要求	(116)
处方示例	(117)
附二、住院证示例	(123)
附三、病危、重通知单示例	(124)
附四、常用缩写词	(125)
临床常用缩写词	(125)
国际制词头	(126)
常用单位名称缩写	(127)
附五、常用临床检验新旧计量单位换算表	(128)
附六、病历书写中常见不规范用语 (举例)	(151)

第一章 绪 论

第一节 病历的重要性

病历又称病案,是医疗护理文书的总称,它是全体医疗、护理与辅助科室人员所进行的诊断、治疗与护理工作等医疗活动的文字记录。包括入院记录或入院病历、诊断分析和诊疗计划、病程记录等。病历属于医院管理的一项基础医疗工作,是病人入院到出院整个诊疗过程中诊断、治疗和预后估计及疾病发生、发展和转归的记实性材料,是医院医疗、教学和研究工作的重要资料,是确定患者能否坚持工作或需病休、评残的客观依据,是处理和解决医疗纠纷裁决鉴定部门用以取证、量刑、定刑和定性的法律证据,是卫生行政管理部门制订医疗工作政策、疾病防治重点、医疗投资及经费使用方向和某一地区范围内人群健康状况和发病率评价的重要依据。病历质量的高低,不但能体现医院基础医疗工作正规化及管理水平,而且能反映医护人员的基本素质和功力。因此,病历书写要求字迹端正,书面整洁,内容确切,资料齐全,排列规整,要有科学性、准确性和完整性。所以,医护人员必须以极端负责的精神和实事求是的科学态度及严肃、认真、严谨的工作作风书写和整理医护文书。

第二节 病历整理规则

病历室负责全院病历的整理和保管工作。病历室每日要到住院处核对再次入院病人的姓名等一般项目,主动将过去入院病历送到病区,由值班医护人员签收,也可由经治医师到病历室借阅。

病人出院前一天,经治医师要将病历所要求的项目填写齐全和签字后,由护士长按出院病历排列次序整理后送会计室结账,由会计室将病历送到病历室。出院和死亡后一个月内由科主任或主治医师检查病历书写质量后签字归档。

病历室要认真检查归档病历的排列次序和各种记录单、检查报告单是否齐全,如发现问题要及时向医院业务机关报告,并向有关科室追回缺失的医护文书。病历归档整理完毕后,加盖封面、封底,在封面明显位置上书写病历号码、姓名、入院及出院日期,主要疾病的名称及治疗结果,然后装订。死亡病人的门诊病历应附于住院病历之后。

病历室每月底应清理病历份数一次,发现缺少,及时查找归档。病历装订后,在入院病人登记本上认真、逐项登记,并制订姓名索引卡片,疾病和手术分类编目,有条件的

医院应制作电子计算机病历管理软件。死亡病人应进行死亡登记和死亡病人编目。

编目完毕的病历，应按病历顺序排列归档。病历室负责院际病历的借阅手续，收回科室使用过的他院病历后，应在病历收发本上登记后用挂号邮件退还。

第三节 病历保管与借阅

（一）病历保管

病历库应设在干燥、阳光充足、空气流通的地方。病历室应保持清洁、整齐，定期灭虫、灭鼠，保持病历完好无损。病历室必须配备灭火器材，禁放易燃、易爆物品，严禁吸烟，确保安全。

病历应长期保存，不得丢失或销毁。经常清查外借病历，逾期未还者，及时催还。病历室人员应定期到科室检查病历保管情况，回收借出的病历，并征求意见。

同一患者多次住院，其病历应按前后顺序汇集装订，同一病人如有两个病历号，应使用第一个病历号，撤销第二个病历号，并通知住院处将第二个病历号补给新入院患者使用。两次以上的住院病历须增添一张再次入院目录，包括入院次数、科别、出院日期、诊断、手术项目或特殊检查项目等。

（二）病历借阅

医师需用病历时应向病历室办理借阅手续，不得擅自从病历室或科室病历架上拿走。进修和实习医师、护士使用病历，应持上级医师或护士长的借条到病历室借阅。使用者应注意爱护病历，不得自行拆散，严禁复印、涂改、沾污、破损或丢失，违者应追究责任。

上级卫生行政机关需用病历，可向病历室办理借阅手续，借期不应超过两周，必要时可办理续借手续，续借期一般为两周，超过一月者，应停止借用，待归还后，可以重借。非卫生行政机关（如司法、公安、保险等）如因特殊情况需要，经医务处批准，病历室负责采用手抄、摄影、复印等方法，提供病历摘要或原件复制品，其他人员无复制权，在校对无误后，经手人签名加盖病历室公章。

病人转院时应附有详细的病历摘要，如需借阅病历，可由转入医院的病历室出面办理借阅手续，用后及时归还。病人转科、会诊或去他科治疗时，病历由工作人员递送，不得由病人陪伴人员或家属携带。

第二章 病 历

第一节 病历首页填写要求

1. 病历首页是统计医疗工作质量的原始材料,应于病人出院、转院、自动出院或死亡后三天内,由住院医师或实习医师认真填写,经主治医师(或主任医师)复阅署名。

2. 病历首页的第一部分(基本情况),应由门诊接诊医师或住院处登记人员于病人入院时填妥,其余部分由病房经治医师填写。

3. 凡列有方格的填写项目,除列在首页最上部的费用类别应根据情况打勾(如:公费☒外,余者均应在“□”内填写数字(如:入院时情况:☐1,表示病情危重)。

4. 对于病历采用上部装订的医院,可将费用类别等项下移,放在最后一行的上面。

5. 职业须填写具体工作类别,如:车工、搬运工、教师、工会干部等。不能笼统地填写,如:工人、干部。

6. 门(急)诊诊断指病人在住院前医师所确定的诊断,以住院证上的诊断为依据。

7. 入院诊断指病人在住院后主治医师第一次检查所确定的诊断,只填写主要诊断。

8. 出院诊断指病人在住院期间医师所确定的最后诊断。其中,

(1) 主要诊断 指住院期间诊治的主要疾病。

如一个病人患老年性慢性支气管炎、支气管哮喘、阻塞性肺气肿、肺源性心脏病,此次收入院主要是治疗心功能不全,因此,要将肺源性心脏病列入主要诊断一行。余下情况要在其它诊断栏中。

(2) 其它诊断 指次要诊断,除主要诊断,并发症和院内感染的疾病外的其它诊断。

(3) 并发症(含术后、麻醉) 指住院期间疾病或手术与麻醉所引起的疾病。

(4) 院内感染 指在医院内获得的感染,不包括入院时已存在的感染,要求填写感染名称。标准举例如下:

泌尿道感染:①泌尿道手术或插管后出现相关的临床症状或体征;②尿常规出现脓细胞或白细胞数 $>10^5$;③细菌学定量培养法证明有意义的菌尿(即细菌数 $>10^5/\text{ml}$)或在多次尿培养中出现大量的同一细菌。

下呼吸道感染:出现咳嗽、发热、脓性痰和/或阳性体征,或原有呼吸道感染而出现明显加重者(细菌学调查或X线检查不是必须的)。

胃肠道感染:由于医院提供的饮食不洁而出现临床症状或体征,且粪便培养出沙门氏菌、耶尔森氏菌或其它病原菌。如果没有阳性粪便培养结果,只要有充分的流行病学资料,即可认为是院内感染。

心血管感染:心血管侵入性检查后发生于心瓣膜、心包、心肌及血管等部位的感染

(细菌培养不是必须的)。

(5) 术后伤口感染 在无菌手术伤口中有脓性分泌物排出和/或出现典型的感染症状(培养不是必要的)。对于原有感染的伤口,如果从临床上或细菌学上证明是一次新的感染,亦可诊断。

(6) 皮肤感染 从皮肤病灶、溃疡、肿块或其它损伤部位有脓性物排出,包括有典型的临床症状而皮肤完好者。

(7) 腹腔内感染 腹腔内出现脓肿或腹膜炎。

(8) 骨髓感染 有典型的临床症状,或即使没有临床表现而出现有意义的X线结果,即可诊断(细菌学检查不是必须的)。

(9) 败血症 只有得到有意义的阳性血培养结果时才能诊断。

(10) 中枢神经系统感染:有临床症状或阳性脑脊液培养。

(11) 针刺部位感染 在针刺的部位有脓性分泌物排出或出现典型的感染体征(血栓性静脉炎,只有当原抽出的针管分离培养得到阳性结果才认为是感染)。

9. 治愈、好转 由医师根据治疗结果判定,可参考人民军医出版社1987年版的《临床疾病诊断依据治愈好转标准》。

10. 未愈 指疾病经治疗后无变化或恶化。

11. 死亡 指住院病人的死亡,包括已办完住院手续并且收容入院后死亡者及虽未办住院手续但实际已收容入院后死亡者。不包括门诊、急诊室及门诊观察室内的死亡。

12. 其它 包括入院后未进行治疗的自动出院、转院以及因其它原因而出院的病人。

13. 损伤和中毒的外部原因 指损伤(死亡)或中毒的原因,例如:意外触电、房子着火、翻车、错服(意外事故)安定、服滴滴畏自杀等、被他人用匕首刺伤、被车门夹伤等。不能笼统填写车祸、外伤等。

14 麻醉 指麻醉的方式,例如:针麻、全麻、局麻、硬膜外麻等。

15. 切口等级/愈合类别

(1) 切口分类

I级切口(无菌切口) 如甲状腺手术、单纯性疝修补术、闭合性骨折切开复位及开颅术等。

II级切口(可能污染切口) 如胃大部切除术、阑尾切除术、术前行肠道准备的结肠和直肠手术、胆囊切除术、肺切除术、阴囊及会阴部手术、重新切开新近愈合的切口,6小时以内的创伤创口及经过初期外科处理而缝合的切口。

III级切口(污染切口) 如十二指肠溃疡穿孔缝合术、阑尾穿孔腹膜炎手术、绞窄疝手术、结核性脓肿或窦道切除缝合的切口及与口腔通连的手术切口等。

(2) 切口愈合级别

甲级 愈合良好,没有不良反应的初期愈合。

乙级 愈合欠佳,愈合处有炎症反应,或积液、血肿等,但未化脓。记录时可在

“乙”字后加括弧注明。

丙级 切口化脓，需要敞开切口或切开引流者。

记录方法：例如，甲状腺部分切除术后，切口愈合良好，无炎症反应，则记以Ⅰ/甲；胃大部切除术切口有血肿，则记以Ⅱ/乙（血肿）；疝修补术后切口化脓，则记以Ⅰ/丙；胃肠穿孔腹膜炎但切口愈合良好，则记以Ⅲ/甲。

16. 操作编码 指ICD系统的操作分类编码。

17. 病理诊断 指各种活检、细胞学检查及尸检的诊断。

18. 过敏药物 须填写具体的药物名称。

19. 抢救次数及成功标准

（1）对于急、危、重患者的连续抢救，使其病情得到缓解，按一次抢救成功计算。

（2）经抢救的病人，如果病情平稳24小时以上再次出现危急情况需要进行抢救，按第二次抢救计。

（3）如果病人有数次抢救，最后一次抢救无效而死亡，则前几次抢救按成功计算，最后一次抢救算为失败。

（4）慢性消耗性疾病患者的临终前救护，不按抢救计算。

（5）每次抢救都要有特别记录和病程记录（包括抢救的起始时间和抢救经过），无记录者不按抢救计算。

20. 住院费用 由住院收费处提供，医院指定病历、统计或其他人员填写。

21. 病历质量 由医院指定负责检查病历质量的人员根据三级医院评定标准填写。

（参照国家卫生部规定的病历首页填写说明，本节有增删）

（附） 病 历 首 页

公费☒√

× × 医 院

劳保☐

医疗保险☐

自费及其它☐

病历号 100213

姓名 俞×× 性别 男 出生 1934年 6月 7日 年龄 56 婚姻状况 已婚
职业 工程师 出生地 广东省（市）鹤山县 民族 汉 国籍 中国 身份证号××××
工作单位及地址 广东省鹤山县城建办公室 电话 410798 邮政编码 529711
户口地址 广东省鹤山县沙坪镇×××街54号 邮政编码 529711
联系人 姓名齐×× 关系 夫妻 地址 鹤山县沙坪镇×××街54号 电话 410798
入院科别 普外 病室 3 1990年 1月13日 11时入院 入院时情况：| 3 | 1. 危 2. 急 3. 一般

转科情况 _____ 出院科别 普外 病室 3 1990年2月13日12时 住院天数30

门(急)诊诊断 慢性胰腺炎

入院诊断 1.胰腺头部肿瘤 2.上消化道溃疡 3.慢性胆囊炎 入院后确诊日期 1990年1月20日

出 院 诊 断	出 院 情 况					ICD 编码
	治愈	好转	未愈	死亡	其它	
主要诊断						
慢性胰腺炎		✓				
其它诊断 慢性胆囊炎	✓					•
十二指肠球部溃疡		✓				
吸入性肺炎	✓					
并发症(含术后麻醉)						
吸入性肺炎						
院内感染名称						

损伤和中毒的外部原因

手术日期	手 术 名 称	麻 醉	切 口	手术医师	操作编号
1990.1.18	胰腺探查活检、胆囊切除术	硬膜外	Ⅱ/甲	王 ×	
			/		
			/		

病理诊断 1.胰腺增生, 2.慢性胆囊炎?

过敏药物

血型 A

抢救次数 成功次数 随诊: [1] 1.是 2.否 随诊期限:30天 尸检:□ 1.是 2.否

住院费用(元)总计:1375.5 床位75 西药200.5 中药/检查312 治疗150

放射/手术 240 化验 98 输血 300 输氧 / 接生 / 其它 /

示教病例: [2] 1.是 2.否 病案质量: [1] 1.甲 2.乙 3.丙

科主任王×× 主治医师吴×× 住院医师罗×× 实习医师郭×× 编码员 张××

第二节 门诊病历记录书写要求

(一) 一般要求

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。患者职业应具体，如军人应写明兵种及职务，工人应写明工种。患者的姓名、工作单位及住址务必准确，以便查寻。

(二) 记录要求

1. 初诊病历记录要求

(1) 主诉 扼要记录促使患者来诊的主要症状及其持续时间。

(2) 简要病史 确切、扼要记述现病史。有数项主要疾病且经过复杂者，可以按疾病的不同表现分段记述，以清眉目。次要疾病、他科疾病及重要的过去史、伤残及家族史，亦应扼要记录。

(3) 体检 全面或重点检查记录阳性体征及有关的重要阴性体征。

(4) 辅助检查 分行列举，如X线透视或摄片、超声检查、心电图、脑电图、心功能、肺功能、核素扫描、内镜检查，各项检查、专科会诊应写明目的与要求等。

(5) 初步诊断或诊断 写在病历纸的右半部。应将确定的或可能性最大的疾病诊断名称分行列举。排列次序为重要的、急性的、本科的疾病在先；次要的、慢性的、他科的疾病在后。不可以症状代替诊断。尽量避免用“待查”、“待诊”字样，如“腹痛待查”或“发热待查”等，若诊断难于肯定，可在病名后用“？”字样，如“慢性肾炎？”等。诊断应完整确切，先写病名，后记部位。亦可使用外文。

(6) 处理措施 写在病历纸的左半部。宜分行列举所用药物及特种治疗方法，采取进一步进行辅助检查的项目，生活注意事项，休息方式及时间期限，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。每种药物或疗法各写一行，可用中文或外文书写。

(8) 签名 写在右侧靠边处。每次记录医师均须签署全名，字迹务必清晰易辨。须经上级医师审核者，应在医师署名的左上方画以斜线，签署全名。

2. 复诊病历记录要求

(1) 重点记录上次检查后送回的报告单主要内容、病情变化、药物反应等，特别注意新出现的症状及其可能原因，避免用“病情同前”字样。

(2) 体检可重点进行，复查上次发现的阳性体征，并注意新发现的体征。

(3) 诊断无变化者不再填写诊断，诊断改变者再写诊断。对拟诊患者，经三次复诊后，尽可能作出明确诊断。

(4) 其余同初诊病历。

第三节 门诊病历记录书写格式

初诊记录（首页应填写完全）

1990—9—25 (急诊病人应注明具体时间: 1990—9—25 20:30)

(主诉 包括主要症状及持续时间)。

(现病史和本次疾病有关的过去史、个人史和家族史) ×××××××××××
××××××××××××××××××××××××××。

(查体 一般情况，阳性体征及有助于鉴别诊断的阴性体征) ××××××××
××××××××××××××××××××。

处理

初步诊断

1. (实验室检查)
2. (X线检查)
3. (请专科会诊)
4. (药物治疗或其它)
5. ×××××
6. ×××××

1. $\times \times \times \times$
2. $\times \times \times \times$
3. $\times \times \times \times$

簽名

复诊记录

1990—9—26

(简明记录现在病情，上次诊疗后的病情变化和治疗反应) ×××××××××
××××××××××××××××××。

(查体 着重记录原来阳性体征的变化和新的阳性发现) ××××××××××
××××××××××××××××××。

处理

1. (补充的实验室或其它检查)
2. (药物治疗或其它)
3. ×××××
4. ×××××

修正诊断

簽名

門 診 病 歷 記 錄

初诊记录：

1990—8—5

上腹部隐痛 5 年，加重 5 个月。