

病历书写规范

——《病历书写基本规范》宣贯手册



吉林摄影出版社

病历书写规范

——《病历书写基本规范》宣贯手册

主 编：杨学斌

副主编：宋学农

吉林摄影出版社

吉林摄影出版社出版发行

(130000 长春市人民大街 124 号)

北京市通州区华龙印刷厂

各地新华书店经售

· * ·

2002 年 11 月第一版 2002 年 11 月第一次印刷

开本 880 × 1230 1/32 印 张 15

印数 1 - 2000 字 数 366 千字

ISBN 7 - 80606 - 404 - 4/Z·29

定价:38.00 元

病历书写规范

——《病历书写基本规范》宣贯手册

编 委 会

主 编：杨学斌

副主编：宋学农

编 委：

何东晟

冯逸琨

赵天朔

魏承运

谢琼灵

钱凯林

孙静雯

张模群

陆永坤

高华枫

程忠惠

陈思宇

于伟平

汪世勤

许炳乾

焦毓宇

汪云鹏

戴昭辉

鲍云霄

段向华

罗泰融

李新德

刘海华

华杜鹃

郭 霆

周锡冰

兰世辉

张大德

前 言

为了规范病历书写，卫生部、国家中医药管理局印发《病历书写基本规范（试行）》、《中医、中西医结合病历书写基本规范（试行）》，自2002年9月1日起施行。

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。病历质量的高低是医务人员专业知识、分析能力、学术思想、医疗作风与医院管理水平的具体反映。完整的病历应准确反映诊疗工作的全过程，可供患者以后患病治疗时参考，并为临床、教学、科研与政法工作提供宝贵的资料和重要依据。

为了紧密配合《病历书写基本规范（试行）》与《中医、中西医结合病历书写基本规范（试行）》的顺利施行，在行业主管部门的牵头下，我们组织了业内数位专家、学者、研究员根据《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》和《中华人民共和国护士管理办法》，结合我国临床医学的最新进展精心编写了本书。

在本书编辑和出版过程中得到了有关领导和有关单位的大力支持与协助，在此深表谢意。由于编者水平有限，书中纰漏难免，敬请读者批评指正，以便本书再版时纠正。

2002年11月

目 录

首 页	(1)
病历书写基本规范 (试行)	(1)
中医、中西医结合病历书写基本规范 (试行)	(10)
第一章 病历书写概述	(19)
第一节 病历	(19)
第二节 规范病历书写名称	(20)
第三节 病历书写规定	(21)
第四节 病历书写的种类及格式	(24)
第二章 病历书写要求	(34)
第一节 病历书写的基本要求	(34)
第二节 门 (急) 诊病历书写要求	(35)
第三节 住院病历书写要求	(36)
第四节 其他记录书写要求	(37)
第三章 门 (急) 诊病历及书写范例	(44)
第一节 门 (急) 诊病历概述	(44)
第二节 门诊诊疗文件	(50)
第三节 传染病科门诊病历	(57)
第四节 结核科门诊病历	(58)
第五节 呼吸内科门诊病历	(60)
第六节 心脏内科门诊病历	(61)
第七节 消化内科门诊病历	(63)
第八节 肾脏内科门诊病历	(64)

□ 目 录

第九节 血液内科门诊病历	(65)
第十节 内分泌科门诊病历	(66)
第十一节 神经科门诊病历	(68)
第十二节 精神病科门诊病历	(69)
第十三节 老年病科门诊病历	(70)
第十四节 肿瘤科门诊病历	(72)
第十五节 皮肤科门诊病历	(73)
第十六节 儿科门诊病历	(73)
第十七节 中医科门诊病历	(74)
第十八节 普通外科门诊病历	(75)
第十九节 神经外科门诊病历	(76)
第二十节 胸部外科门诊病历	(77)
第二十一节 泌尿外科门诊病历	(78)
第二十二节 肾移植门诊病历	(79)
第二十三节 烧伤门诊病历	(80)
第二十四节 整形外科门诊病历	(81)
第二十五节 骨科(矫形外科)门诊病历	(81)
第二十六节 眼科门诊病历	(82)
第二十七节 耳鼻咽喉科门诊病历	(83)
第二十八节 口腔科门诊病历	(84)
第二十九节 产科门诊病历	(86)
第三十节 妇科门诊病历	(90)
第三十一节 心血管内科急诊病历	(90)
第三十二节 呼吸内科急诊病历	(92)
第三十三节 消化内科急诊病历	(93)
第三十四节 血液科急诊病历	(94)
第三十五节 普通内科急诊病历	(95)
第三十六节 神经内科急诊病历	(97)

第三十七节 神经外科急诊病历	(98)
第三十八节 传染科急诊病历	(98)
第三十九节 普外科急诊病历	(99)
第四十节 皮肤科急诊病历	(100)
第四十一节 胸外科急诊病历	(101)
第四十二节 心外科急诊病历	(102)
第四十三节 泌尿外科急诊病历	(102)
第四十四节 妇科急诊病历	(103)
第四十五节 小儿外科急诊病历	(104)
第四十六节 眼科急诊病历	(105)
第四十七节 耳鼻咽喉科急诊病历	(106)
第四十八节 口腔科急诊病历	(106)
第四章 住院病历及书写范例	(108)
第一节 住院病历概述	(108)
第二节 内科住院病历	(117)
第三节 传染科住院病历	(124)
第四节 结核科住院病历	(130)
第五节 呼吸内科住院病历	(137)
第六节 心脏内科住院病历	(145)
第七节 消化内科住院病历	(152)
第八节 肾脏内科住院病历	(159)
第九节 内分泌内科住院病历	(167)
第十节 血液内科住院病历	(174)
第十一节 神经科住院病历	(181)
第十二节 精神科住院病历	(192)
第十三节 老年病科住院病历	(202)
第十四节 肿瘤科住院病历	(210)
第十五节 皮肤科住院病历	(216)

□ 目 录

第十六节	儿科住院病历	(222)
第十七节	中医科住院病历	(231)
第十八节	普通外科住院病历	(237)
第十九节	神经外科住院病历	(244)
第二十节	胸部外科住院病历	(251)
第二十一节	泌尿外科住院病历	(257)
第二十二节	肾移植住院病历	(267)
第二十三节	放疗科住院病历	(273)
第二十四节	烧伤外科住院病历	(280)
第二十五节	整形外科住院病历	(287)
第二十六节	骨科住院病历	(294)
第二十七节	眼科住院病历	(301)
第二十八节	耳鼻咽喉科住院病历	(309)
第二十九节	口腔科住院病历	(319)
第三十节	产科住院病历	(327)
第三十一节	妇科住院病历	(334)
第三十二节	病程记录及书写范例	(341)
第五章	病历排列顺序	(375)
第一节	在院病历排列顺序	(375)
第二节	出院病历排列顺序	(375)
第六章	病历质量评定标准	(377)
第一节	门(急)诊病历质量评定标准	(377)
第二节	住院病历质量评定标准	(378)
附录一	最新法规文件	(384)
	卫生部、国家中医药管理局关于印发《医疗机构病历 管理规定》的通知	(384)
	医疗事故处理条例	(387)
	卫生部、国家中医药管理局关于做好实施《医疗事故	

处理条例》有关工作的通知	(398)
中华人民共和国执业医师法	(400)
医疗事故技术鉴定暂行办法	(407)
医疗事故分级标准（试行）	(414)
关于印发《医疗事故争议中尸检机构及专业技术人员 资格认定办法》的通知	(423)
卫生部、国家中医药管理局关于印发《医疗事故 技术鉴定专家库学科专业组名录（试行）》的通知	(425)
医师资格考试暂行办法	(427)
医师执业注册暂行办法	(433)
医疗机构管理条例	(437)
医疗机构管理条例实施细则	(442)
中华人民共和国护士管理办法	(455)
重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定	(459)
关于医师执业注册中执业范围的暂行规定	(465)
卫生部关于修改《医师资格考试暂行办法》 第十七条的通知	(469)
关于下发《医疗机构诊疗科目名录》的通知	(469)
附录二 常见错别字	(475)
附录三 常用缩略语	(477)

卫生部、国家中医药管理局 关于印发《病历书写 基本规范（试行）》的通知

各省、自治区、直辖市卫生厅局，中医药管理局，新疆生产建设兵团卫生局：

根据《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》和《中华人民共和国护士管理办法》，卫生部和国家中医药管理局制定了《病历书写基本规范（试行）》，现印发给你们，请遵照执行。

二〇〇二年八月十六日

病历书写基本规范（试行）

第一章 基本要求

第一条 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。

第二条 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。

第三条 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整。

第四条 住院病历书写应当使用蓝黑墨水、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。

第五条 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。

第六条 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。书写过程中出现错字时，应当用双线划在错字上，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

第七条 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认定后书写病历。

第八条 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，应当注明修改日期，修改人员签名，并保持原记录清楚、可辨。

第九条 因抢救急危患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后6个小时内据实补记，并加以注明。

第十条 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，由患者近亲属签署同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

第二章 门（急）诊病历书写要求及内容

第十一条 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。

第十二条 门（急）诊病历首页内容应当包括患者姓名、性别、出生年月、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目。

门诊手册封面内容应当包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史等项目。

第十三条 门（急）诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

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。

复诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、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。

急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

第十四条 门（急）诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

第十五条 抢救危重患者时，应当书写抢救记录。对收入急诊观察室的患者，应当书写留观期间的观察记录。

第三章 住院病历书写要求及内容

第十六条 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。

第十七条 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。

入院记录、再次或多人入院记录应当于患者入院后24小时内完成；24小时内入出院记录应当于患者出院后24小时内完成，24小时内入院死亡记录应当于患者死亡后24小时内完成。

第十八条 入院记录的要求及内容。

（一）患者一般情况内容包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院日期、记录日期、病史陈述者。

（二）主诉是指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。

（三）现病史是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应当按时间顺序书写。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠、饮食等一般情况的变

进行的连续性记录。内容包括患者的病情变化情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

第二十三条 病程记录的要求及内容。

(一) 首次病程记录是指患者入院后由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录，应当在患者入院 8 小时内完成。首次病程记录的内容包括病例特点、诊断依据及鉴别诊断、诊疗计划等。

(二) 日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。由医师书写，也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写。书写日常病程记录时，首先标明记录日期，另起一行记录具体内容。对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少 1 次，记录时间应当具体到分钟。对病重患者，至少 2 天记录一次病程记录。对病情稳定的患者，至少 3 天记录一次病程记录。对病情稳定的慢性病患者，至少 5 天记录一次病程记录。

(三) 上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

主治医师首次查房记录应当于患者入院 48 小时内完成。内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。主治医师日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格医师查房的记录，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

(四) 疑难病例讨论记录是指由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、讨论意见等。

(五) 交（接）班记录是指患者经治医师发生变更之际，交班医师和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录。交班记录应当在交班前由交班医师书写完成；接班记录应当由接班医师于接班后 24 小时内完成。交（接）班记录的内容包括入院日期、交班或接班日期、患者

姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、交班注意事项或接班诊疗计划、医师签名等。

(六) 转科记录是指患者住院期间需要转科时，经转入科室医师会诊并同意接收后，由转出科室和转入科室医师分别书写的记录。包括转出记录和转入记录。转出记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成（紧急情况除外）；转入记录由转入科室医师于患者转入后 24 小时内完成。转科记录内容包括入院日期、转出或转入日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转科目的及注意事项或转入诊疗计划、医师签名等。

(七) 阶段小结是指患者住院时间较长，由经治医师每月所作病情及诊疗情况总结。阶段小结的内容包括入院日期、小结日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等。

交（接）班记录、转科记录可代替阶段小结。

(八) 抢救记录是指患者病情危重，采取抢救措施时作的记录。内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职务等。记录抢救时间应当具体到分钟。

(九) 会诊记录（含会诊意见）是指患者在住院期间需要其他科室或者其他医疗机构协助诊疗时，分别由申请医师和会诊医师书定的记录。内容包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应当简要载明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的，申请会诊医师签名等。会诊意见记录应当有会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。

(十) 术前小结是指在患者手术前，由经治医师对患者病情所作的总结。内容包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项等。

(十一) 术前讨论记录是指因患者病情较重或手术难度较大，手术前在上级医师主持下，对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所作的讨论记录。内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的姓名、专业技术职务、讨论日期、记录者的签名等。

(十二) 麻醉记录是指麻醉医师在麻醉实施中书写的麻醉经过及处理

措施的记录。麻醉记录应当另页书写，内容包括患者一般情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、麻醉方式、麻醉期间用药及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等。

(十三) 手术记录是指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录，应当在术后 24 小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时，应有手术者签名。手术记录当另页书写，内容包括一般项目（患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号）、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等。

(十四) 手术护理记录是指巡回护士对手术患者术中护理情况及所用器械、敷料的记录，应当在手术结束后即时完成。手术护理记录应当另页书写，内容包括患者姓名、住院病历号（或病案号）、手术日期、手术名称、术中护理情况、所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器械护士签名等。

(十五) 术后首次病程记录是指参加手术的医师在患者术后即时完成的病程记录。内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等。

第二十四条 手术同意书是指手术前，经治医师向患者告知拟施手术的相关情况，并由患者签署同意手术的医学文书。内容包括术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、患者签名、医师签名等。

第二十五条 特殊检查、特殊治疗同意书是指在实施特殊检查、特殊治疗前，经治医师向患者告知特殊检查、特殊治疗的相关情况，并由患者签署同意检查、治疗的医学文书。内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、患者签名、医师签名等。

第二十六条 出院记录是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结，应当在患者出院后 24 小时内完成。内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、医师签名等。

第二十七条 死亡记录指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录，应当在患者死亡后 24 小时内完成。内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过（重点记录病情演变、抢救经过）、

死亡原因、死亡诊断等。记录死亡时间应当具体到分钟。

第二十八条 死亡病例讨论记录是指在患者死亡一周内，由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持，对死亡病例进行讨论、分析的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、讨论意见等。

第二十九条 医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。

医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。

医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱应当只包含一个内容，并注明下达时间，应当具体到分钟。

医嘱不得涂改。需要取消时，应当使用红色墨水标注“取消”字样并签名。

一般情况下，医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。

长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、页码、起始日期和时间、长期医嘱医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、执行护士签名。临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行护士签名等。

第三十条 辅助检查报告单是指患者住院期间所做各项检验、检查结果的记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、住院病历号（或病案号）、检查项目、检查结果、报告日期、报告人员签名或者印章等。

第三十一条 体温单为表格式，以护士填写为主。内容包括患者姓名、科室、床号、入院日期、住院病历号（或病案号）、日期、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院周数等。

第三十二条 护理记录分为一般患者护理记录和危重患者护理记录。

一般患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对一般患者住院期间护理过程的客观记录。内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、床位号、页码、记录日期和时间、病情观察情况、护理措施和效果、护士签名等。

危重患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对危重患者住院期间护理过程的客观记录。危重患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写。