

湘新登字 004 号

病历书写规范和病例(案)医疗质量评定标准

王蔚文主编

责任编辑:黄一九

*

湖南科学技术出版社出版发行

(长沙市展览馆路3号)

长沙县印刷三厂印刷

*

1995年6月第1版第1次印刷

开本:787×1092毫米 1/32 印张:5.5 插页:2 字数:122000

印数:1—15100

ISBN 7—5357—1760—8

R·344 定价:6.80元

前 言

病历书写是临床医疗工作中的重要部分，其质量反映了医院医疗和管理水平，同时它具有法律的效应。各级医院必须重视和加强病历书写的标准化、规范化管理。

《病历书写规范和住院病例（案）医疗质量分析评定标准》（下称“规范和标准”），于1984年首次印发，1989年进行修订补充增加了一些新的内容。自实行以来，它对于病历书写的规范化，加强医疗管理，提高医疗质量都发挥了重要的作用。但在使用过程中，各地医院先后提出了一些修改意见：如某些要求繁琐；某些病历评分与医疗质量评分标准不一致等。同时，随着医学的进步和现代化医院管理事业的发展以及医院分级管理评审的需要，对病历质量和评定标准提出了新的内容和要求，需对“规范和标准”进行修订和补充。

此次修订本在保持原“规范和标准”的科学性和完整性的基础上，采用新的法定计量单位和新的检验项目；适应疾病分类计算机管理的病历首页；减少了入院记录与首次病志、死亡登记表与死亡讨论，诊疗计划单与诊疗计划等部分内容的重复；增加了急诊科的病历规范；病例分型；手术、麻醉注意事项等。在医疗质量分析评定标准的原基础上，重点提高诊断、治疗质量的评定标准，旨在防止差错事故苗头，有利于提高医疗质量。同时还增加了查房质量、门诊病历质量、处方质量、临床技能考核评分标准等，要求各级医院认真执行。

修改过程中，刘瑞洪、徐杨、曾静波、周峥璧等同志参加了编写工作，湖南医科大学附属湘雅医院、附二院、湖南省人民医院、湖南省儿童医院、湖南省肿瘤医院、湖南省妇幼保健院、长沙市第一医院、益阳地区卫生局给予大力支持，各科专家为之付出了辛勤劳动，在此一并致以诚挚的谢意。

湖南省卫生厅
湖南省医院评审委员会

1995年6月

目 录

病历书写规范

§ 1. 病历书写基本要求	(2)
§ 2. 完整病历的内容和要求	(4)
§ 3. 完整病历的格式	(12)
§ 4. 完整病历示例	(15)
§ 5. 入院记录要求	(21)
§ 6. 入院记录的格式	(23)
§ 7. 入院记录示例	(24)
§ 8. 再入院记录要求	(28)
§ 9. 再入院（或第×次入院）记录格式	(29)
§ 10. 再入院记录示例	(30)
§ 11. 诊疗计划单或诊疗计划	(34)
§ 12. 首次病志及病程记录的内容和要求	(34)
§ 13. 病程记录示例	(35)
§ 14. 申请会诊要求	(37)
§ 15. 会诊单填写示例	(38)
§ 16. 转科记录的要求及示例	(39)
§ 17. 接收记录的要求及示例	(40)
§ 18. 临床病例讨论记录的要求、格式和示例	(42)
§ 19. 交班记录的要求和示例	(44)
§ 20. 接班记录的要求和示例	(46)

§ 21. 手术前讨论记录的要求、格式和示例	(47)
§ 22. 手术同意书格式	(50)
§ 23. 手术记录的要求和示例	(51)
§ 24. 麻醉记录的要求、内容、格式	(53)
§ 25. 医嘱本书写规定与要求	(58)
§ 26. 出院记录的要求和示例	(60)
§ 27. 死亡记录的要求和示例	(62)
§ 28. 死亡讨论记录要求、格式和示例	(64)
§ 29. 住院病历首页填写要求和格式	(66)
§ 30. 病历排列顺序	(69)
§ 31. 门诊病历要求、格式和示例	(70)
§ 32. 急诊病历的要求、格式和示例	(73)
§ 33. 急诊留观察病历的要求和示例	(75)
§ 34. 医疗处方规范与要求	(78)

· 住院病例（案）医疗质量分析评定标准

§ 1 医疗缺陷的种类及分度标准	(83)
§ 2 医疗缺陷的分级	(89)
§ 3 病例分型标准	(90)

医疗质量评分细则

住院病历书写质量评定标准	(92)
三级查房考核记分表	(95)
住院医师三次查房评分表	(96)
门诊病历表质量评分细则	(98)
医疗处方质量评分细则	(99)
外科手术切口愈合的统计	(100)
临床基本操作技术评分细则	(101)

附录

- § 1 我国法定计量单位及医学上常用的法定计量单位 (127)
- § 2 常用医学英文缩写 (152)
- § 3 微机病案首页管理和统计系统的设计及使用说明 (160)

病历书写规范

§ 1. 病历书写基本要求

病历书写是临床医师必须掌握的一项技能。它是临床医师对病人的病史、症状、体征和各种检查结果进行归纳、整理、分析而写成的医疗资料。它客观地记载着疾病发生、发展和转归的全过程，它不仅是确定诊断、制订医疗方案和预防措施的依据，也是不断总结临床经验、充实教学内容和进行科学研究的重要资料；是现代医学的法定文件。一份病历可以体现一个医院，一个医师的医疗质量和业务水平，因此临床医师必须以高度负责和实事求是的科学态度，书写好每一份病历，其基本要求如下：

1. 须按规定的内容和格式书写病历，不能自行其事。

2. 病人入院后须书写住院病历。住院病历分完整病历、入院记录和再入院记录。完整病历一般由住院医师或进修医师书写，教学医院可由实习医师书写。若由实习医师书写完整病历，则另由住院医师书写入院记录。住院病历应在病人入院后 24 小时内完成。急症危重病历由当班医师负责书写并立即完成。

3. 病历内容必须客观真实地反映病情和诊疗经过。要求完整、系统、重点突出、层次分明、条理清楚。

4. 所有记录一律用蓝或黑水笔书写，不得用圆珠笔或铅笔。要求表达准确、语句通顺、文字简炼、字迹清楚、卷面整洁、标点符号正确。

5. 各种症状、体征，应采用医学术语记载，一般不得用医学诊断名词；亦不得用症状或体征名词代替诊断（如肝脾

肿大、淋巴结肿大等)。

6. 对病人的诊断及其他记录内容有更改时,应随时写入病程记录并加以说明。病历系法律性文件,不得将原始记录删改、剪贴、涂擦。不留空行及空页。

7. 有药物过敏史者,应以红笔用醒目的方式写出(住院病历写于病历首页,门(急)诊病历写在封面上)。

8. 病历首页应按要求逐项填写,特别是最后诊断、治疗效果、手术切口分类等项,一律用中文填写,其后可附有英文名称,但应写全名,或全名加缩写,英文字母一律用楷体书写。

9. 病历中所有记录每页的首行应标明“完整病历”、“入院记录”、“出院记录”等及序号。每页应有病人姓名、住院号及页序编号。

10. 检验单及特殊检查结果报告单应清楚填写病人姓名、年龄、性别、住院号及日期,并应按日期顺序呈叠瓦状粘贴,楣批整齐,注明日期、检查项目及正常与否,以便查阅。

11. 为保证质量,病历须经主治医师审查修改补充,修改病历一律用红笔,修改后应签名,以明确责任。修改过多时,应立即由病历书写者按原件抄正。各种记录均应有医师签名,并应签全名,字迹可以辨认。对上级医师的查房、会诊等意见亦应以全名方式记录,如×××医师,不得只写姓,如×医师。

12. 日期及时间一律按年、月、日、时的顺序填写,如81. 6. 4, 5 $\frac{30}{AM}$, 不得写成分数如81. 4/6。

13. 病人出院时,住院医师将出院记录转抄于门诊病历中,以便在门诊继续就诊。死亡病历应将门诊病历附于住院

病历之后，一并归档。

14. 内科系统的住院病历可采用诊疗计划单，或者将诊疗计划写在入院记录中亦可。外科系统的住院病例需手术治疗者，应有术前讨论记录和手术记录。各科死亡病例应写死亡记录，死亡讨论记录，且均由主治医师审查签名。

15. 专科医院及专科病历书写，除应符合上述基本要求外，还应按专科的要求书写专科情况。

16. 所有医院工作人员均应珍视病历，妥善保管，注意保密。

17. 某些特殊病或专科可设计表格式入院病历。

18. 病历应按规定顺序排列，以便统一及查找。

§ 2. 完整病历的内容和要求

完整病历是病历书写的基础。要求按规定的内容和格式书写，不能任意删减或更改，同时也是训练系统收集病史，系统体格检查和归纳分析能力的最好方法。

一般资料 姓名、性别、年龄、婚姻、职业、籍贯、民族、住址（电话）、住院日期、病历写作日期、病史叙述者、可靠程度。

年龄要写明实际年龄，成人以周岁计，一岁以内的以月计，一月以内以日计。婚姻应写未婚、已婚、离婚、已婚丧偶。职业应写明详细职业、工种与工龄。籍贯应写明省、市及县别。住址应确实可靠，如在农村应注明县、乡、村、组。急诊病人入院时间应写明具体时间。病史如由病人家属或其他人代述时，应注明代述者与病人的关系。

主诉 促使病人就诊的最主要症状（或体征）及持续时间。主诉多于一项时应按发生的时间次序排列。主诉应简明扼要，能正确反映疾病的主要问题。

现病史 围绕主诉记录从起病到就诊时疾病的发生、发展及其变化经过和诊治情况。主要包括：

1. 起病情况：起病日期（应写阳历）、缓急、可能原因及诱因。

2. 主要症状的系统描述：包括症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧的因素及伴随症状。对慢性病患者及旧病复发患者，应详细记录第一次发作情况和本次发作情况。

3. 病情的发展及演变：起病后病情呈持续性或间歇性发作，进行性加剧或逐渐好转。

4. 诊疗经过：病人发病后接受检查与治疗的经过，包括检查方法、时间、结果、诊断名称及治疗方法、时间、效果，特殊药物应记明药名、剂量用法、疗程、效果及不良反应。记录时诊断及药名需打引号。

5. 与现病史有关的病史及有意义的阴性病史：与现病史有关的病史虽年代已久仍属现病史。如风湿性心瓣膜病患者的现病史应从风湿热初发开始。

6. 一般情况：简要记述患者的食欲、大小便、睡眠、体重及劳动力情况。

既往史 包括患者过去的健康和疾病情况。按发病先后记载，诊断肯定者可用病名，但应加引号，诊断不肯定者简述其症状。包括：

1. 既往一般健康状态。

2. 急、慢性传染病史及传染病接触史。

3. 预防接种史。
4. 外伤、手术史。
5. 冶游性病史。
6. 局部病灶史。
7. 药物过敏史和长期用药史。
8. 系统查询。

系统查询：（指本次发病以前的各系统症状有或无）。

①呼吸系统：既往有无咳嗽（发作时间、性质与气候的关系）、咳痰（色、量、性状、气味）、咯血（色、量）、胸痛（时间、部位、性质、程度、与呼吸及咳嗽的关系）、咽痛、盗汗、呼吸困难（时间、性质、程度、与体位的关系）。

②循环系统：既往有无心悸、心前区疼痛（部位、性质、时间、放射、频率、诱因及缓解方法）、气促、水肿（部位、程度、性质）、头昏、头痛、晕厥、少尿。

③消化系统：既往有无食欲减退、嗝气、反酸、腹痛（部位、性质、程度、时间、放射、缓解方法、诱因）、腹泻（次数、大便性状、气味、是否伴里急后重）、恶心、呕吐（频度、量、性质及与饮食关系）、腹胀、吞咽困难、呕血、便血（量、色）、便秘，有无黄疸、体重下降。

④泌尿系统：既往有无苍白、浮肿、尿频、尿急、尿痛、排尿困难、腰痛、尿量及尿色改变。

⑤血液系统：既往有无疲乏无力、头晕、眼花耳鸣、出血（鼻衄、牙龈出血）、黄疸、淋巴结及肝、脾肿大、发热、骨路疼痛史。

⑥代谢、内分泌系统：既往有无食欲异常、多饮、多尿、多汗、怕热、肌肉震颤。有无性格、智力、皮肤、毛发、性欲及骨路等方面改变。

⑦神经系统：既往有无头痛（部位、性质、时间、程度）、失眠、意识障碍、昏厥、记忆力改变，有无视力障碍、抽搐、瘫痪、精神异常等。

⑧关节及运动系统：既往有无关节疼痛、红肿、畸形，局部肌肉萎缩、活动受限，外伤骨折、脱臼等。

个人史

1. 出生地、所到地方、居留时间。
2. 职业性质、劳动条件、生活习惯、嗜好（有烟酒嗜好应注明时间和量）。
3. 有无毒物及疫水接触史。
4. 有无重大精神创伤史。

月经史 记录格式如下：初潮年龄 $\frac{\text{经期日数}}{\text{周期日数}}$ 闭经年龄。
未闭经者记录本次月经时间、经量多少、色、气味、有无痛经、血块、白带（量、气味、性状）。

婚姻史 结婚年龄、初孕年龄、妊娠和生产次数，有无流产、早产、难产、死产、产后出血史，有无产褥热。爱人健康情况（如已死亡应记录死因及日期）。

家族史：父母、兄弟姐妹、爱人和子女的健康情况，有无传染病（肝炎、结核等）、与遗传有关疾病（如血友病、高血压、精神病）或与患者类似疾病的病史。如已死亡说明原因和时间。必要时追问其祖父母及外祖父母、舅父、表兄弟等健康情况。

体格检查

体温 脉搏 呼吸 血压

一般情况 发育（正常、不正常）、营养（良好、中等、不良）、神志（清楚、模糊、谵妄、昏睡、昏迷）、体位（自

动、被动、强迫)、表情和面容(淡漠、痛苦、烦躁不安、急性面容、慢性面容、贫血面容、二尖瓣面容)、步态、检查是否合作。

皮肤 色泽(苍白、潮红、发绀、黄疸、色素沉着)、弹性(正常、减弱)、湿度(正常、湿润、干燥)、皮疹、出血、蜘蛛痣、水肿、毛发分布、瘢痕、溃疡。

淋巴结 肿大者应描述部位、大小、数目、硬度、压痛、活动度、瘰管、疤痕。

头部

头颅：形状、大小、压痛、肿块。

眼：眉毛(脱落)、睫毛(倒睫)、眼睑(下垂、水肿、内、外翻)、睑结膜(充血、出血、滤泡)、球结膜(充血)、巩膜(黄染)、角膜(混浊、溃疡、云翳、白斑)、瞳孔(形态、大小、对光及调节反应)、眼球(凸出、凹陷、运动、震颤)、视野及眼底(必要时检查)。

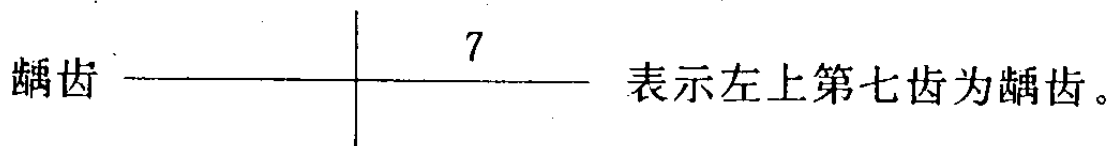
耳：外形、听力(粗略测定)、分泌物、乳突压痛。

鼻：外形、中隔偏曲、鼻翼扇动、分泌物、副鼻窦压痛。

口腔：气味、唾液分泌、唇(色、疱疹、溃疡)、粘膜(色、溃疡、斑疹、色素沉着)、牙齿(数目、色泽、缺齿、龋齿、义齿)、牙龈(发红、肿胀、出血、齿槽溢脓、色素沉着、铅线)、舌(位置、苔、乳头、震颤)、咽(充血、分泌物)、扁桃体(大小、充血、分泌物)、腮腺(大小)。

牙齿异常的记录方式

上																		
右	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	
下																		



颈部 软硬度、颈静脉充盈、颈动脉异常搏动、气管位置、甲状腺（大小、硬度、对称性、表面情况、压痛、震颤、血管杂音）。

胸部

胸廓：形态、肋间隙、胸壁静脉、胸壁压痛、乳房、皮下捻发感。

肺

望诊：呼吸运动、呼吸频率、节律、深度。

触诊：呼吸运动度、语颤、摩擦感。

叩诊：叩诊音分布、肺尖、肺下界及肺下缘移动度。

听诊：呼吸音、罗音、语音传导、摩擦音。

心脏

望诊：心前区隆起、心尖搏动（部位、范围、强弱、节律、频率）、心脏搏动。

触诊：心尖搏动（位置、强度、范围、节律、频率）、震颤（部位、时期）、心包摩擦感。

叩诊：心脏左、右界距胸骨中线的厘米数。

右 (cm)	肋间	左 (cm)
	I	
	III	
	IV	
	V	

锁骨中线距前中线..... cm。心脏扩大否。

听诊：心率、心律、心音、附加音、杂音（部位、时期、性质、强度、传导、与体位及呼吸运动的关系）、心包摩擦音。

血管检查

挠动脉：节律、两侧强度是否相等，有无脉搏短绌。动脉壁性质、紧张度、波形（奇脉、重脉、水冲脉、交替脉）。毛细血管搏动、枪击音、杜氏（Duroziez）双重音、静脉营营音。

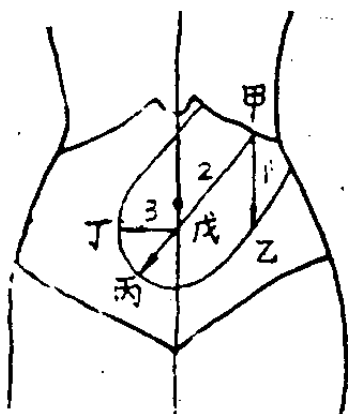
腹部

望诊：形态、呼吸运动、腹壁静脉曲张及其血流方向、胃肠型及蠕动波、腹壁皮肤。

触诊：腹肌紧张度、压痛、反跳痛、腹部肿块（部位、大小、形态、质地、边界、压痛、活动度）、水波感、脏器触诊（肝、脾、肾、胆囊）。

肝：大小、边缘、质地、表面情况、压痛、血管杂音。肝下界位置以平静呼吸的吸气末为准，记录其在右锁骨中线肋弓下及剑突下的大小，以 cm 表示。

脾：大小、边缘、质地、压痛及表面状态。脾的大小记录吸气时左锁骨中线肋缘下垂直距离，巨脾则绘图表示、其距离以 cm 计算。甲乙线(1 线)：左锁骨中线肋缘至脾下缘间的距离。



甲丙线(2 线)：左锁骨中线与肋缘交点至脾最远端的距离。丁戊线(3 线)：脾右缘至正中线的距离。超过正中线以“+”表示，未达正中线以“-”表示。

图：巨脾的三线表示法

肾：可否触到，大小、压痛、活动度、质地、表面状态。
肋脊点、肋腰点压痛。

胆囊：可否触到、大小、压痛、墨菲氏征。

叩诊：叩诊音的性质、移动性浊音、肝浊音界、肝、肾区叩击痛、膀胱充盈。

听诊：肠鸣音、振水音、血管杂音、摩擦音。

生殖器

男性：发育、畸形、炎症、溃疡、包皮、睾丸、附睾、精索、阴囊、阴毛分布、尿道分泌物。

女性：按妇科检查的内容和要求进行。男医生检查时必须要有女护士在旁协助。

肛门与直肠 痔、脱肛、瘰。如作肛门指诊、注意肛门括约肌的紧张度、内痔、肿瘤。指诊的指套上所取得大便，应观察颜色、性状，并且要注意指套上有无血迹。

脊柱四肢 畸形、压痛、强直或瘫痪、肌肉萎缩、骨折、杵状指、静脉曲张、关节情况（红肿、积液、畸形、活动度）。

神经系统 二头肌、三头肌、膝腱、跟腱、腹壁以及提睾反射。克氏（Kernig）征、布氏（Brudzinski）征及巴彬斯基（Babinski）氏征。

专科情况 记录专科的特殊情况。

实验室检查及其他特殊检查：记录入院前不久所作的检查（应写明检查日期），如在其他医院所做检查应写明医院名称。

摘要 记录有关诊断的重要病史、症状、阳性体征、实验室或/和器械检查的结果，综合概述，提示基本病情。

诊断依据 列出诊断的依据要点并作简要鉴别诊断。