



YILIAOWENSHU  
SHUXIE YU  
GUANLI

# 医疗文书 书写

卢兆桐 张玉强 主编



# 管理

★ 黄河出版社

R197.3

# 医疗文书书写与管理

主 编 卢兆桐 张玉强  
副主编 颜 晗 刘同亭

黄河出版社

责任编辑 李承民  
封面设计 张宪峰

**图书在版编目(CIP)数据**

医疗文书书写管理/卢兆桐 张玉强主编. —济南:黄河出版社, 2003. 8

ISBN 7-80152-504-3

I. 医… II. 卢… 张… III. ①病案—书写规则②病案—管理 IV. R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 089592 号

|    |                                         |
|----|-----------------------------------------|
| 书名 | 医疗文书书写与管理                               |
| 主编 | 卢兆桐 张玉强                                 |
| 出版 | 黄河出版社                                   |
| 发行 | 黄河出版社发行部<br>(济南市英雄山路 19 号 250002)       |
| 印刷 | 章丘市印刷厂                                  |
| 规格 | 850 × 1168 毫米 32 开本<br>10.125 印张 254 千字 |
| 版次 | 2003 年 8 月第 1 版                         |
| 印次 | 2003 年 8 月第 1 次印刷                       |
| 印数 | 1 ~ 3000 册                              |
| 书号 | ISBN 7-80152-504-3/R · 026              |
| 定价 | 22.80 元                                 |

## 序

近年来,国家对医疗卫生行业的法制建设非常重视,相继发布实施了《医疗机构管理条例》、《执业医师法》、《药品管理法》、《医疗事故处理条例》等法律法规,旨在通过规范医疗行为,促进医学科学健康发展,增强医疗机构的服务能力和水平,为人民群众提供更为优质的医疗保健服务。军队医院要进一步体现我党我军的根本宗旨和性质,用高超的医疗技术、规范的医疗行为、扎实的工作作风,全心全意为人民服务。

为适应新的形势和要求,在1993年出版《医疗文书书写规范》的基础上,济南军区总医院组织医院管理、临床医学、药学等方面的专家,严格按照国家和军队有关法律法规要求,充分体现医学科学的新理论、新知识、新技术要求,紧密结合实际,深入研究总结,并吸收国内外相关管理工作经验和思想精华,编著了《医疗文书书写与管理》一书。该书时代性强,内容丰富,资料翔实,体现了当前病历书写与管理的先进水平,是一本有理论、有实践、具有参考价值和推广价值的好书。本书的出版,对医院加强病历质量管理,规范医务人员的医疗实践活动,促进医疗服务改进和医疗质量提高,推进医疗卫生事业发展,必将起到积极作用。

白书忠

(作者为中国人民解放军总后勤部卫生部部长)

# 前 言

医疗文书是病历、处方、申请单、报告单等医疗工作文字记录的总称,反映了诊疗工作的全过程。它既是医疗、教学、科研工作的基础资料,也是医院管理、医疗保险理赔、医疗事故处理的重要法律依据。长期的实践证明,加强医疗文书管理,注重医疗文书书写规范,是确保医疗安全、提高医疗护理质量和技术水平的基本保证。医疗文书不仅反映医师的基本功,体现医师掌握医学知识的熟练程度、综合分析能力和日常工作作风,也反映医院的管理水平、整体素质和知识氛围。

《医疗文书书写与管理》共分六章及附录。第一章主要介绍病历书写的一般要求及注意事项、病历书写的内容和要求、病历中各种记录的书写内容和要求、病程中一般常规、护理文书的书写要求、各科病历书写要点、病历书写示范、病案首页填写说明等内容;第二章主要介绍病案管理制度、病案归档与借阅等内容;第三章介绍医疗文书中经济信息的生成及管理;第四章为处方书写规范与要求;第五章为特殊检查治疗申请单书写一般要求及注意事项;第六章为特殊检查报告单、治疗记录单书写一般要求及注意事项。附录收录了病历记录中常见的错误、医疗事故处理条例和国家卫生部发布的病历书写基本规范、医疗机构病历管理规定、医疗事故技术鉴定暂行办法、医疗事故分级标准、医院感染诊断标准等。

全书力求科学规范,资料翔实,体现时代特色,突出指导性、实用性,为广大医务人员提供一个很好的工具。

卢心桐

(作者为济南军区总医院副院长)

# 目 录

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 第一章 病历书写 .....            | 1  |
| 第一节 病历书写的一般要求及注意事项 .....  | 1  |
| 一、一般要求及注意事项 .....         | 1  |
| 二、入院病历 .....              | 3  |
| 三、入院记录 .....              | 15 |
| 四、门诊病历记录 .....            | 16 |
| 五、表格式病历的书写要求 .....        | 19 |
| 六、家庭病床病历的书写要求 .....       | 19 |
| 七、病历摘要 .....              | 20 |
| 第二节 病历中各种记录的书写内容和要求 ..... | 20 |
| 一、病程记录 .....              | 20 |
| 二、查房记录 .....              | 25 |
| 三、值班记录 .....              | 27 |
| 四、术前讨论记录 .....            | 28 |
| 五、术前小结 .....              | 30 |
| 六、手术申请报告 .....            | 31 |
| 七、麻醉记录 .....              | 33 |
| 八、手术记录 .....              | 34 |
| 九、术后病程记录 .....            | 36 |
| 十、邀请会诊记录 .....            | 37 |
| 十一、会诊记录 .....             | 38 |
| 十二、病例讨论记录 .....           | 39 |
| 十三、抢救记录 .....             | 41 |
| 十四、交班记录 .....             | 43 |
| 十五、接班记录 .....             | 44 |

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 十六、转科记录 .....               | 45 |
| 十七、转入记录 .....               | 45 |
| 十八、阶段小结 .....               | 46 |
| 十九、出院小结 .....               | 47 |
| 二十、死亡小结 .....               | 48 |
| 二十一、死亡病例讨论记录 .....          | 50 |
| 二十二、死亡报告 .....              | 52 |
| 二十三、特殊记录 .....              | 54 |
| 第三节 病程中一般常规 .....           | 55 |
| 第四节 护理文书书写规范 .....          | 55 |
| 一、体温单 .....                 | 55 |
| 二、医嘱本 .....                 | 58 |
| 三、医嘱记录单 .....               | 61 |
| 四、特别护理记录单 .....             | 62 |
| 五、手术护理记录 .....              | 63 |
| 六、生命体征观察单 .....             | 63 |
| 七、病室报告本 .....               | 63 |
| 八、整体护理记录单 .....             | 65 |
| 九、住院期间病案排列次序 .....          | 67 |
| 十、转科后病案排列次序 .....           | 68 |
| 十一、出院(转院、死亡)后病案卷内排列次序 ..... | 68 |
| 十二、整理病案注意事项 .....           | 69 |
| 第五节 各科病历书写要点 .....          | 70 |
| 一、心内科病历书写要点 .....           | 70 |
| 二、神经内科病历书写要点 .....          | 72 |
| 三、呼吸内科病历书写要点 .....          | 75 |
| 四、肾内科病历书写要点 .....           | 77 |
| 五、消化科病历书写要点 .....           | 78 |
| 六、血液科病历书写要点 .....           | 82 |
| 七、内分泌科病历书写要点 .....          | 84 |

|                        |     |
|------------------------|-----|
| 八、中医科病历书写要点 .....      | 88  |
| 九、皮肤科病历书写要点 .....      | 91  |
| 十、小儿科病历书写要点 .....      | 95  |
| 十一、传染病科病历书写要点 .....    | 97  |
| 十二、肿瘤科病历书写要点 .....     | 98  |
| 十三、普外科病历书写要点 .....     | 101 |
| 十四、肝胆外科病历书写要点 .....    | 104 |
| 十五、神经外科病历书写要点 .....    | 105 |
| 十六、骨科病历书写要点 .....      | 107 |
| 十七、骨创科病历书写要点 .....     | 109 |
| 十八、胸外科病历书写要点 .....     | 110 |
| 十九、心外科病历书写要点 .....     | 112 |
| 二十、泌尿外科病历书写要点 .....    | 113 |
| 二十一、烧伤整形科病历书写要点 .....  | 116 |
| 二十二、眼科病历书写要点 .....     | 118 |
| 二十三、口腔科病历书写要点 .....    | 120 |
| 二十四、耳鼻喉科病历书写要点 .....   | 122 |
| 二十五、妇科病历书写要点 .....     | 124 |
| 二十六、产科病历书写要点 .....     | 127 |
| 第六节 病历书写示范 .....       | 128 |
| 一、入院病历示范 .....         | 128 |
| 二、入院记录示范 .....         | 138 |
| 三、门诊病历示范 .....         | 140 |
| 四、病历摘要示范 .....         | 141 |
| 第七节 病案首页填写说明 .....     | 143 |
| 一、病案首页填写要求 .....       | 143 |
| 二、病案首页填写方法及注意事项 .....  | 143 |
| 第八节 电子病历 .....         | 148 |
| 一、电子病历的概念 .....        | 148 |
| 二、建立电子病历的基础及有关设备 ..... | 149 |

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| 三、电子病历的特点 .....                 | 150 |
| 四、以电子病历为核心的临床信息系统 .....         | 151 |
| 第九节 病历书写质量检查评定细则 .....          | 152 |
| 一、病历首页 .....                    | 152 |
| 二、入院记录 .....                    | 153 |
| 三、首次病程记录 .....                  | 157 |
| 四、一般病程记录 .....                  | 158 |
| 五、主任及上级医师查房记录 .....             | 160 |
| 六、术前讨论、术前小结、手术记录 .....          | 161 |
| 七、邀请会诊及会诊记录 .....               | 161 |
| 八、小结及其他记录 .....                 | 162 |
| 九、检验、检查报告单 .....                | 163 |
| 十、病历书写 .....                    | 164 |
| 十一、其他质量问题 .....                 | 164 |
| 十二、几点说明 .....                   | 165 |
| <b>第二章 病案管理</b> .....           | 167 |
| 第一节 国际疾病分类与临床诊断的填写 .....        | 167 |
| 一、疾病诊断填写原则 .....                | 167 |
| 二、填写主要诊断的具体原则和示范 .....          | 168 |
| 三、疾病诊断和手术名称概念解释 .....           | 170 |
| 第二节 病案管理制度 .....                | 171 |
| 第三节 病案归档管理规定 .....              | 174 |
| 一、归档病案基本资料 .....                | 174 |
| 二、归档病案的标准 .....                 | 174 |
| 第四节 病案借阅规定 .....                | 174 |
| 第五节 病案复印管理 .....                | 176 |
| <b>第三章 医疗文书中经济信息生成及管理</b> ..... | 177 |
| 一、病历首页的费用信息 .....               | 177 |
| 二、医嘱与费用的计价关系 .....              | 178 |
| 三、医嘱对费用的影响 .....                | 179 |

|                                                |     |
|------------------------------------------------|-----|
| <b>第四章 处方书写</b> .....                          | 181 |
| <b>第一节 处方书写的内容和要求</b> .....                    | 181 |
| 一、处方的内容和格式 .....                               | 181 |
| 二、处方的书写要求 .....                                | 181 |
| <b>第二节 处方书写示范</b> .....                        | 184 |
| 一、处方规格 .....                                   | 184 |
| 二、处方示范 .....                                   | 185 |
| <b>第三节 处方调配规则</b> .....                        | 189 |
| <b>第五章 特殊检查治疗申请单书写的一般要求及注意事项</b> .....         | 191 |
| 一、申请单书写一般要求 .....                              | 191 |
| 二、各类申请单书写注意事项 .....                            | 191 |
| <b>第六章 特殊检查报告单、治疗记录单书写一般要求及注意事项</b> .....      | 194 |
| 一、报告单、治疗记录单书写一般要求 .....                        | 194 |
| 二、各类报告单、治疗记录单书写注意事项 .....                      | 194 |
| <b>附录</b> .....                                | 198 |
| 一、病历书写基本规范(试行)(国家卫生部 2002 年 8 月颁布) .....       | 198 |
| 二、中医、中西医病历书写基本规范(试行)(国家卫生部 2002 年 8 月颁布) ..... | 208 |
| 三、医疗机构病历管理规定(国家卫生部 2002 年 8 月颁布) .....         | 218 |
| 四、医疗事故处理条例(国务院第 351 号令颁布) .....                | 221 |
| 五、医疗事故技术鉴定暂行办法(国家卫生部第 30 号令颁布) .....           | 237 |
| 六、医疗事故分级标准(试行)(国家卫生部第 32 号令颁布) .....           | 246 |

---

|                                                          |     |
|----------------------------------------------------------|-----|
| 七、医疗事故争议中尸检机构及专业技术人员资格认定<br>办法(国家卫生部 2002 年 8 月颁布) ..... | 259 |
| 八、重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定(国家<br>卫生部 2002 年 8 月颁布) .....     | 262 |
| 九、关于履行各项协议签字手续的实施办法(济南军区总<br>医院) .....                   | 265 |
| 十、医院感染诊断标准 .....                                         | 283 |
| 十一、病历书写中常见的错误 .....                                      | 306 |

# 第一章 病历书写

病历包括门(急)诊病历和住院病历。住院病历包括入院病历(入院记录)、诊断分析及诊疗计划、病程记录、转科记录等。

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,是医疗实践工作的全面记录和总结,反映疾病治疗的全过程,为医疗、科研、教学提供宝贵的资料和重要的依据,并具有广泛的社会作用。

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。书写病历是临床实践中一项十分重要和严肃的工作,应当做到客观、真实、准确、及时、完整。病历是医务人员医疗质量和学术水平的体现和佐证。病历质量通常被视为衡量医院医疗质量和管理水平的一个重要标志。

## 第一节 病历书写的一般要求及注意事项

### 一、一般要求及注意事项

(一)新入院患者的人院记录,由住院医师系统地书写。除入院记录外,可另由实习医师书写入院病历。在病史询问及体格检查时,住院医师应对实习医师进行指导。

(二)入院病历及入院记录须在采集病史及体格检查后,经过综合分析,加工整理后书写,所有内容须确实可靠、简

明扼要,避免含糊笼统及主观臆断;但对阳性发现不嫌详尽,有鉴别诊断价值的阴性材料亦应列入。体检时系统性要强,程序不得颠倒,重要体征不要遗漏。专科检查要全面,重点要突出。各种症状和体征,应用医学术语记录,不得用医学诊断名词。患者提及以前所患疾病的名称应附加引号。对与本病有关的疾病,应注明症状及治疗经过。对患者所述各类事实,尽可能明确其发生日期(或年龄)及地点,对急性病应详细询问发病时刻。

(三)对他院转入或再次入院的患者,均应按新入院患者处理。对他科转入者应写转入记录,对本科另一病区或病室转入者,只需在病程记录中作必要的记载与补充即可。

(四)首次病程记录应在病人入院后 8 小时内完成,入院病历及入院记录须在患者入院后 24 小时内完成。大批收容时,由主任医师酌情规定完成病历的时间。

(五)除产科、烧伤科及大批同类伤病患者入院的情况外,不得用表格代替病历;如需用表格式病历,须报医务部(处)经院领导批准。使用表格病历须逐项填写,不得留空项。

(六)疾病诊断和手术名称及编号依人民卫生出版社出版的《国际疾病分类》为准,以便于统计和分析。所用译名暂以《英汉医学词汇》为准,疾病名称及个别名词尚无妥善译名者,可用拉丁文或原文。

(七)度量衡单位须用国家统一规定的公制名称;简化字按已公布的《简化字总表》使用,不得用自造字;药物名称一律用中文、英文或拉丁文,不得用化学分子式表示。

(八)任何记录均应注明年、月、日,其中入院时间、采史时间、记录时间、危重病病人的病程记录、会诊记录、抢救记录及死亡记录等还应记明时刻,时间按 24 小时顺序计。如 2001 年 2 月 8 日下午 7 时 20 分,应写为“2001-2-8,19:20”,或“2001.2.8.19:20”。医师书写各项病历记录告一段落时,应签署本入姓

名。住院患者的病历应经上级医师审阅签名。实习、进修医师所写各项病历记录,应由带教医师以红笔修正并签名。修改病历应在病历书写后 24 小时内完成。

(九)每页病历均须填写患者姓名、住院号及科别,并编排次序页数。

(十)各种检查报告单应排齐贴好。检验单应按报告日期自上而下顺序粘贴在专用纸上,并在检验报告单的左上缘标出检验日期,在右上缘标出检查项目,阳性结果以红笔标记,阴性结果以蓝笔标记。

(十一)中西医结合病历,应于西医病历中增加中医四诊所得资料及中医辨证分析。中医诊断(辨证分型)与西医诊断应分行排列,其他医护记录均应主要反映应用中医情况。

(十二)病人多次住院的,再次入院记录按入院病历或入院记录要求书写,并注明“第×次入院记录”。

(十三)各项记录内容应充实完整,文词简洁确切,通顺易懂。各种记录除另有规定者外,应当使用蓝黑或碳素墨水笔书写,字体要端正清楚,不可用草书及不规范字,亦不得涂改和刮补。有条件时,可用计算机打印记录。

## 二、入院病历

书写入院病历是书写所有病历文书的基础,目的在于强化训练低年资医师在临床诊疗方面的正确思维和方法。其书写特点:一是病史中要有详细的系统回顾;二是体格检查细微而无遗漏;三是在诊断前有详细的病情分析和充足的诊断依据。

入院病历书写范围规定:①院(校)来院实习的实习医师,实习期间应全部书写入院病历;②新毕业的住院医师,每轮换一个专业应写入院病历 5 份,经科主任审核认可后改写入院记录;③进修医师,职别为住院医师者应写入院病历 6 份,职别为主治

医师以上者应写入院病历3份。所在科室主任审核认为合格者可改写入院记录,不合格者可酌情延长写入院病历时间。

“入院病历”四个字位于病历纸中央。

### (一)一般项目

患者姓名、性别、年龄、婚否、出生地(须写明省、市及县别)、民族、工作单位、军兵种(地方病人写职业)及职务、地址、入院时间、采史时间、记录时间、供史者(如系旁人代述,应说明可围绕程度)等。其中入院、采史、记录时间三项,均应填写年、月、日、时、分(时间均按24小时顺序计)。小儿患者可免写婚姻及职别等项。

### (二)主诉

促使患者入院的主要症状及其持续时间。书写主诉时要体现症状、部位、时间三要素,一般不宜用诊断或检验结果代替症状。主诉多于一项时,应按发生时间先后次序连续书写。另外,主诉切忌冗长,以不超过20字为宜。如“持续发热6天,全身红色斑丘疹3天”;“间歇空腹痛一年,柏油样黑便一天”;“尿频、尿急3小时”。肿瘤病人术后再次入院放(化)疗者,主诉可按术前就诊的主要症状时间+手术名称及时间书写,如“吞咽困难3个月,食管癌术后4个月”。多次放(化)疗病人的主诉可按诊断及时间(从发病到本次放、化疗时间)+拟行放(化)疗的次数书写,如“肺肿瘤6个月,拟行第3次化疗”。

### (三)现病史

现病史应紧紧围绕主诉详细记录从最初起病到就诊住院时疾病的发生、发展及其变化的经过和诊疗情况。总的要求是全面系统,重点突出,简明扼要,正负兼顾。一般来说,现病史应包括以下几点:

#### 1. 起病情况

准确记载发病日期、起病缓急、发病的可能原因和诱因。

## 2. 症状特点

按主要症状发生的先后顺序详细描述,包括症状性质、部位、程度、持续时间、缓解或加剧的因素以及伴随症状,直至入院为止。

## 3. 伴随症状

与主要症状有关的伴随症状及其相互关系、发展变化,与鉴别诊断有关的阴性症状。

## 4. 病情演变

从发病到住院整个过程中症状、体征的轻或重、加剧或缓解、持续或间歇等病情的发生发展变化。

## 5. 诊疗经过

来院前曾在何时何地就诊(应写明就诊医疗单位具体名称),作过哪些检查,诊断什么病,经过治疗否,效果如何,有无不良反应等。

## 6. 一般情况

患者发病后的精神、食欲、体力、体重、睡眠及大小便变化情况。

书写中医或中西医结合病史时,按中医要求询问有关病史(参见中医科病历书写要点);对与病况有关的意外事件、自杀或被杀等经过,应客观、如实地记载,不得加以主观评论或猜测;与本科疾病无关的他科重要伤病未愈仍需诊疗者,应另段记录。现病史一般要求 200 字以上,急诊外伤、烫伤、烧伤等特殊情况可例外。

### (四) 过去史(既往史)

1. 过去健康状况及曾患疾病。诊断明确者直接写病名,但应加引号。诊断不肯定者则简述其症状。

2. 有无急、慢性传染病史及传染病接触史。若有,记载其疾病发生时间及治疗结果。如无传染病史,亦须将与目前病情有

关而尚未发生的传染病记载于此项中,以备参考,如患带状疱疹,应询问有无水痘病史。

3. 曾否预防接种,其种类及最近一次接种的日期。

4. 按系统询问有关疾病:

(1) 五官:有无眼红肿、视力障碍、外耳流脓、听力障碍、鼻塞、流脓性分泌物、嗅觉障碍史。

(2) 呼吸系统:有无慢性咳嗽、胸痛、咯血、气喘史。

(3) 循环系统:有无心悸、气促、紫绀、浮肿、高血压史。

(4) 消化系统:有无反复腹泻、呕血、黑便、腹痛、黄疸史。

(5) 泌尿生殖系统:有无尿频、尿急、尿痛、血尿、排尿困难史。

(6) 神经精神系统:有无抽搐、瘫痪、惊厥和昏迷史。

(7) 血液系统:有无头晕、乏力、出血、发热伴肝脾肿大史。

(8) 内分泌代谢系统:有无烦热、食欲亢进、消瘦、口干、多饮、多尿史。

(9) 运动系统:四肢及关节有无红肿、疼痛、活动受限。

(10) 外伤及手术史。

(11) 输血史。

(12) 中毒及药物过敏史。

(五) 个人史

1. 出生地及生活工作经历史,尤应注意与疾病有关的疫源地及地方病流行区,如有无血吸虫病疫水接触史。

2. 生活及饮食习惯,对有烟酒嗜好者应注明嗜烟酒每日量及持续时间。

3. 过去及目前职业、工作情况,包括入伍及参加工作时间、兵种或工种,重点了解患者有无粉尘、毒物、放射性物质接触史。

4. 月经史

对女性病人应了解月经情况,包括初潮年龄、行经期、月经