

医疗机构病历书写规范

主 编 彭兆丽 孟 浦 成于珈

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书是在充分领会最新实施《医疗事故处理条例》精神和卫生部颁布《病历书写基本规范(试行)》的基础上,结合新的医疗服务形势,由湖北省卫生厅委托湖北省医院管理学会病案质量监控专业委员会组织有关临床专家和病案管理专家编写而成,内容主要有门(急)诊病历书写基本内容及格式,住院病历基本规范(含住院志格式、病程记录格式、手术同意书格式、特殊检查、特殊治疗知情同意书格式、治疗方案知情同意书格式、输血同意书格式、麻醉知情同意书格式、出院记录格式、死亡记录格式等),临床各专科病历基本规范,知情同意书基本内容(临床各专科手术同意书谈话内容,特殊检查、特殊治疗知情同意书谈话内容等),医疗活动相关医疗文件等,最后附相关法律、法规和规章。

本书门(急)诊病历和住院病历基本规范部分已作为湖北省各医疗机构的规范病历格式正式应用。内容具有科学性、规范性和法律性。专科病历基本规范,供各医疗机构制定本专科住院志时参考。知情同意书基本内容,供医师与患者谈话时参考,涉及诸多临床专业,其内容实用、全面,可在谈话时直接引用。

本书可作为各医疗机构各级医务人员书写病历时的规范样本;更适合医院管理人员参考。

图书在版编目(CIP)数据

医疗机构病历书写规范/彭兆丽,孟浦,成于珈主编. —北京:科学出版社,2003.7

ISBN 7-03-011610-0

I. 医… II. ①彭…②孟…③成… III. 病案—书写规则 IV. R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2003) 第 044644 号

责任编辑:李国红 / 责任校对:包志虹

责任印制:刘士平 / 封面设计:卢秋虹

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用本书。

出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2003年7月第一版 开本:787×1092 1/16

2003年7月第一次印刷 印张:21 1/2

印数:1—5 000 字数:500 000

定价:29.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换(环伟))

《医疗机构病历书写规范》编委会

总顾问 李建明 陈安民 刘志苏

主 审 孙连明 阮小明

副主审 黄金星 刘 君

主 编 彭兆丽 孟 浦 成于珈

副主编 杨和平 何 艺 廖家智

编 委 (按姓氏笔画排序)

于世英 方 峰 尤春景 王宏毅 王桂兰

王 萍 王 沅 卢人玉 冯 玲 孙 晖

吕永曼 刘 健 乔福元 严 华 宋先舟

李兴睿 李祖兵 李秀云 陈卫民 何汉武

张 虹 张力华 张家均 杨为民 易继林

罗爱珍 罗爱林 罗时珍 范湘鸿 洪森林

施先艳 郭小梅 翁一珍 崔永华 雷 霆

熊盛道

序

病历是医疗过程中形成的医疗文书,是记录对患者进行诊断、治疗等一系列医疗活动的文件。病历既关系患者的诊断、治疗和预后判断,也是医学教学、科研及预防保健的重要资料,同时,也是处理医疗纠纷的重要依据。

病历书写是医疗质量的重要环节。重视病历书写的规范化、科学化和法律化是提高医疗质量、保障患者合法权益及防范医疗事故的重要措施。1995年,省卫生厅曾组织全省的医院管理和临床专家编制了224种医疗文书表样,出版了《湖北省医疗文书样本(修订本)》在全省施行。该书对规范我省病历书写起到了良好的促进作用。各级医疗机构在此基础上逐步形成了相应的病历书写规范和病案管理制度。近年来,随着医学科学技术的不断发展,新的医疗技术和设备不断进入临床,同时,法律意识逐步深入医疗活动中,病历书写的法律地位不断得到重视和强化。2002年9月1日《医疗事故处理条例》开始实施,卫生部颁布了主要配套文件《病历书写基本规范(试行)》,为适应新的医疗服务形势,进一步规范病历书写,提高医疗质量,省卫生厅委托湖北省医院管理学会病案质量监控专业委员会组织有关临床专家和病案管理专家,在充分领会《医疗事故处理条例》的精神下,依据《病历书写基本规范(试行)》重新编制了医疗机构病历书写规范样本。

在本书的编写过程中,省卫生厅医政处广泛征求了各级医疗机构的医院管理、临床专家及病案管理人员的意见,依据《病历书写基本规范(试行)》的原则及要求,充分结合我省医疗服务实际情况及病历书写科学化、规范化及法律化的原则,共编制了医疗文书五个部分。本书的编写得到了武汉市卫生局、华中科技大学同济医学院附属同济医院、华中科技大学同济医学院附属协和医院、武汉大学人民医院、武汉大学中南医院及武钢总医院的大力支持,在此向他们表示感谢。

本书所涉及的病历书写格式将作为全省病历书写的规范格式,希望各级医疗机构遵照执行。因医疗文书的编制是一项复杂、细致而艰巨的工作,且时间仓促,在临床实践过程中如发现有不妥之处,望各级医疗机构及时提出宝贵意见,敦促修改和完善,以形成良好的病历书写规范体系。

湖北省卫生厅



2002年11月22日

目 录

序

第一部分 门(急)诊病历基本规范

一、门(急)诊病历书写基本内容及格式	(3)
(一)封面内容及格式	(3)
(二)封二“就诊须知”内容	(4)
(三)首页内容及格式	(5)
(四)续页内容及格式	(6)
(五)粘贴特殊检查报告单格式	(7)
(六)粘贴常规检验报告单格式	(8)
(七)封底	(9)
二、门(急)诊病历书写内容说明	(9)
(一)封面内容说明	(9)
(二)封二“就诊须知”内容说明	(9)
(三)首页内容说明	(10)
(四)续页内容说明	(11)
(五)特殊检查或常规检验报告单粘贴说明	(12)
(六)抢救患者病历记录说明	(12)
(七)死亡患者病历记录说明	(12)

第二部分 住院病历基本规范

一、住院病历基本要求	(15)
二、住院病历内容、格式及说明	(17)
(一)住院病案首页格式及说明	(17)
(二)住院志格式及说明	(19)
1. 手术科室住院志格式	(19)
2. 非手术科室住院志格式	(25)
3. 24小时内入出院记录格式及说明	(35)
4. 24小时内入院死亡记录格式及说明	(37)
(三)病程记录格式、内容及说明	(39)
1. 首次病程记录内容及说明	(40)
2. 日常病程记录内容及说明	(41)
3. 上级医师查房记录内容及说明	(42)

4. 疑难病例讨论记录内容及说明	(43)
5. 交(接)班记录内容及说明	(44)
6. 转科记录内容及说明	(45)
7. 阶段小结内容及说明	(46)
8. 抢救记录内容及说明	(47)
9. 会诊记录格式、内容及说明	(48)
10. 术前小结格式、内容及说明	(49)
11. 术前讨论记录格式、内容及说明	(50)
12. 麻醉记录单格式及说明	(51)
13. 麻醉记录格式、内容及说明	(53)
14. 手术记录格式、内容及说明	(55)
15. 手术护理记录格式、内容及说明	(56)
16. 术后首次病程记录内容及说明	(58)
(四) 手术同意书格式	(59)
(五) 特殊检查(治疗)知情同意书格式	(61)
(六) 治疗方案知情同意书格式	(63)
(七) 输血同意书格式及说明	(64)
(八) 麻醉知情同意书格式	(66)
(九) 出院记录格式、内容及说明	(68)
(十) 死亡记录格式、内容及说明	(70)
(十一) 死亡病例讨论记录格式、内容及说明	(72)
(十二) 长期医嘱格式及说明	(73)
(十三) 临时医嘱格式及说明	(74)
(十四) 病理检验报告单格式及说明	(77)
(十五) 化验报告粘贴单(检验报告粘贴单)格式及说明	(78)
1. 粘贴特殊检查报告单格式及说明	(78)
2. 粘贴常规检验报告单格式及说明	(79)
(十六) 体温单格式及填写说明	(81)
(十七) 住院首次护理记录单格式及说明	(83)
(十八) 护理记录单(一)格式及说明	(85)
(十九) 护理记录单(二)格式及说明	(86)
(二十) 患者代理人授权委托书格式及说明	(89)
(二十一) 患者住院须知内容及说明	(91)

第三部分 专科病历基本规范

一、专科住院志格式	(95)
(一) 矫形外科住院志	(95)
(二) 小儿外科住院志	(101)

(三) 神经外科住院志	(105)
(四) 颅脑损伤住院志	(113)
(五) 创伤外科住院志	(117)
(六) 泌尿外科住院志	(121)
(七) 生理产科住院志	(127)
(八) 病理产科住院志	(131)
(九) 妇科(肿瘤)住院志	(137)
(十) 眼科住院志	(143)
(十一) 口腔科住院志	(150)
(十二) 口腔科唇腭裂住院志	(157)
(十三) 耳鼻喉科住院志	(164)
(十四) 肿瘤科宫颈癌住院志	(172)
(十五) 肿瘤科鼻咽癌住院志	(178)
(十六) 介入治疗科住院志	(186)
(十七) 神经内科住院志	(193)
(十八) 康复科住院志	(199)
(十九) 小儿内科住院志	(207)
(二十) 新生儿科住院志	(213)

二、专科护理记录格式	(217)
(一) 儿科住院首次护理记录单	(217)
(二) 新生儿科(室)住院首次护理记录单	(219)
(三) 精神科住院首次护理记录单	(221)
(四) 新生儿科(室)护理记录单	(223)
(五) ICU 护理记录单	(225)

第四部分 知情同意书基本内容

一、手术同意书谈话内容	(229)
(一) 麻醉同意书谈话内容	(229)
(二) 普通外科手术同意书谈话内容	(230)
(三) 创伤外科手术同意书谈话内容	(230)
(四) 神经外科手术同意书谈话内容	(231)
(五) 小儿外科手术同意书谈话内容	(232)
(六) 泌尿外科手术同意书谈话内容	(233)
(七) 矫形外科手术同意书谈话内容	(233)
(八) 颅骨骨牵引手术同意书谈话内容	(233)
(九) 普胸手术同意书谈话内容	(234)
(十) 先天性心脏病手术同意书谈话内容	(234)
(十一) 瓣膜置换术手术同意书谈话内容	(235)

(十二) 心脏外科手术同意书谈话内容	(235)
(十三) 冠状动脉旁路移植术手术同意书谈话内容	(236)
(十四) 肾移植手术同意书谈话内容	(237)
(十五) 心脏移植手术同意书谈话内容	(237)
(十六) 肝移植手术同意书谈话内容	(238)
(十七) 妇科计划生育手术同意书谈话内容	(238)
(十八) 妇科手术同意书谈话内容	(239)
(十九) 无痛人流或人工流产手术同意书谈话内容	(239)
(二十) 妇科肿瘤手术同意书谈话内容	(240)
(二十一) 产科手术同意书谈话内容	(240)
(二十二) 生殖医学中心助孕手术同意书谈话内容	(240)
(二十三) 耳鼻咽喉科耳部手术同意书谈话内容	(241)
(二十四) 耳鼻咽喉科咽喉部手术同意书谈话内容	(242)
(二十五) 耳鼻咽喉科鼻部手术同意书谈话内容	(242)
(二十六) 耳鼻咽喉科气、食管手术同意书谈话内容	(243)
(二十七) 气管切开手术同意书谈话内容	(243)
(二十八) 中心静脉穿刺置管手术同意书谈话内容	(244)
(二十九) 口腔科手术同意书谈话内容	(244)
(三十) 牙种植手术同意书谈话内容	(244)
(三十一) 眼科角膜移植手术同意书谈话内容	(245)
(三十二) 眼科玻璃体切割手术同意书谈话内容	(245)
(三十三) 眼科激光手术同意书谈话内容	(246)
(三十四) 眼科眼部肿瘤手术同意书谈话内容	(247)
(三十五) 眼科泪器手术同意书谈话内容	(247)
(三十六) 眼科青光眼手术同意书谈话内容	(248)
(三十七) 眼科眼外伤手术同意书谈话内容	(248)
(三十八) 眼科视网膜脱离手术同意书谈话内容	(249)
(三十九) 眼科眼部手术同意书谈话内容	(249)
(四十) 眼科眼部整形手术同意书谈话内容	(250)
(四十一) 眼科眼内异物取出手术同意书谈话内容	(250)
(四十二) 眼科准分子激光手术同意书谈话内容	(251)
(四十三) 动-静脉内瘘手术同意书谈话内容	(251)
(四十四) 特殊检查(CT 增强)/介入治疗知情同意书谈话内容	(252)
(四十五) 美容矫形手术同意书谈话内容	(252)
(四十六) 门(急)诊清创缝合手术同意书谈话内容	(253)
二、特殊检查(治疗)知情同意书谈话内容	(254)
(一) 临床有创操作知情同意书谈话内容	(254)
(二) 微创检查治疗知情同意书谈话内容	(255)

(三) 腰椎穿刺术及置管引流术知情同意书谈话内容	(255)
(四) 腰椎穿刺术及鞘内注射化疗药物知情同意书谈话内容	(255)
(五) 腰椎穿刺与小脑延髓池穿刺检查知情同意书谈话内容	(256)
(六) 脑出血微创血肿抽吸引流术知情同意书谈话内容	(256)
(七) 抗结核治疗知情同意书谈话内容	(256)
(八) 胸腔穿刺术知情同意书谈话内容	(257)
(九) 胸腔闭式引流术知情同意书谈话内容	(258)
(十) 颈外静脉穿刺术知情同意书谈话内容	(258)
(十一) 乳腺肿块穿刺活检知情同意书谈话内容	(258)
(十二) 移植脏器穿刺病理检查知情同意书谈话内容	(258)
(十三) 骨牵引术知情同意书谈话内容	(259)
(十四) 泌尿外科 ESWL 治疗知情同意书谈话内容	(259)
(十五) 泌尿外科男科特殊检查(治疗)知情同意书谈话内容	(259)
(十六) 泌尿外科尿流动力学检查知情同意书谈话内容	(260)
(十七) 泌尿外科腔内检查和治疗知情同意书谈话内容	(260)
(十八) 小儿外科特殊检查(治疗)知情同意书谈话内容	(260)
(十九) 肾脏穿刺活检术知情同意书谈话内容	(261)
(二十) 肝穿刺活检术知情同意书谈话内容	(262)
(二十一) 耳鼻喉科特殊检查(治疗)知情同意书谈话内容	(262)
(二十二) 颌下腺、声腺碘油造影术知情同意书谈话内容	(262)
(二十三) 平阳霉素瘤体内注射治疗脉管瘤知情同意书谈话内容	(263)
(二十四) 涎腺造影术知情同意书谈话内容	(263)
(二十五) 口腔正畸治疗知情同意书谈话内容	(263)
(二十六) 颞下颌关节上、下腔造影及治疗知情同意书谈话内容	(264)
(二十七) 固定义齿修复知情同意书谈话内容	(265)
(二十八) 牙拔除术知情同意书谈话内容	(265)
(二十九) 呼吸内科特殊检查和治疗知情同意书谈话内容	(265)
(三十) 心脏介入检查治疗知情同意书谈话内容	(266)
(三十一) 胃镜、肠镜检查及活检知情同意书谈话内容	(267)
(三十二) 内镜介入治疗知情同意书谈话内容	(267)
(三十三) 胆道镜检查治疗知情同意书谈话内容	(267)
(三十四) 直肠镜检查及活检知情同意书谈话内容	(267)
(三十五) 结肠治疗知情同意书谈话内容	(268)
(三十六) 人工肝治疗知情同意书谈话内容	(268)
(三十七) 经食管超声心动图检查知情同意书谈话内容	(268)
(三十八) 逆行胰胆管造影知情同意书谈话内容	(269)
(三十九) 腹水回输治疗知情同意书谈话内容	(269)
(四十) 化疗知情同意书谈话内容	(269)

(四十一) 放射治疗知情同意书谈话内容	(270)
(四十二) 胶质瘤免疫治疗知情同意书谈话内容	(270)
(四十三) 放射性核素内照射 ¹³¹ I 治疗甲状腺功能亢进知情同意书谈话内容	(270)
(四十四) 放射性核素内照射 ¹³¹ I 去除残留甲状腺、治疗甲状腺癌转移灶知情 同意书谈话内容	(271)
(四十五) 腹腔置管腹膜透析术知情同意书谈话内容	(271)
(四十六) 血浆置换术及血细胞去除术知情同意书谈话内容	(271)
(四十七) 血液净化治疗知情同意书谈话内容	(272)
(四十八) 造血干细胞动员采集及淋巴细胞采集知情同意书谈话内容	(272)
(四十九) 造血干细胞移植知情同意书谈话内容	(273)
(五十) 倾斜试验检查知情同意书谈话内容	(274)
(五十一) 高压氧治疗知情同意书谈话内容	(274)
(五十二) 血管瘤、血管畸形局部注射及激光治疗知情同意书谈话内容	(275)
(五十三) 激光治疗色素增生及毛细血管类皮肤病知情同意书谈话内容	(275)
(五十四) 二氧化碳激光治疗知情同意书谈话内容	(275)
(五十五) 脱毛治疗知情同意书谈话内容	(276)
(五十六) 皮肤活检术知情同意书谈话内容	(276)

第五部分 相关医疗文书

一、复印病历申请书	(279)
二、复印病历委托书	(280)
三、门(急)诊工作日志登记本格式	(281)
四、重大、致残手术及新技术临床应用报批单	(282)
五、出院诊断证明	(283)
六、医疗机构输血核查血液登记表	(284)
七、尸体解剖检验申请单	(285)

第六部分 湖北省卫生厅文件

附 录 相关法律、法规及规章

附录一 中华人民共和国执业医师法	(293)
附录二 中华人民共和国献血法	(298)
附录三 中华人民共和国传染病防治法	(300)
附录四 医疗事故处理条例	(305)
附录五 医疗机构病历管理规定	(314)
附录六 病历书写基本规范(试行)	(316)
附录七 住院病案首页填写说明	(322)
附录八 中华人民共和国护士管理办法	(325)
附录九 卫生部关于将传染性非典型肺炎(严重急性呼吸道综合征) 列入法定管理传染病的通知	(328)

第一部分

门(急)诊病历基本规范

一、门(急)诊病历书写基本内容及格式

(一) 封面内容及格式

编号 NO. * * * * *

醫 療 機 構 名 稱

門
診
病
歷

妥善保存

就诊必备

姓名 性别 年龄

工作单位或住址

药物过敏史

(二) 封二“就诊须知”内容

就 诊 须 知

尊敬的患者：

热忱欢迎您来我院就诊,为使您顺利安全就诊,请认真阅读以下须知:

- 凡来我院就诊人员须持有本院门诊病历,实名就诊,不能相互借用及串用,若由此导致不良后果,由患者自行承担责任。

- 务必妥善保管门(急)诊病历,切勿涂改、刮擦、撕页、损毁,门诊病历是您就诊、处理医疗相关问题的重要依据。

- 按时间顺序粘贴您所接受的各项检查报告(结果)单,以便妥善保存,切勿涂改、损毁、遗失。

- 就诊过程中请妥善保管您的钱物,防止丢失。

- 您就诊时,有权决定是否接受医师推荐或要求的特殊检查(治疗)项目。如接受特殊检查(治疗)或门(急)诊手术,请您在知情同意书上亲自签字或指定代理人签字,由指定代理人签字的,请在门(急)诊病历相应位置书面注明所指定的代理人并授权委托;如拒绝接受医师推荐的项目,请您在病历及知情同意书中表明拒绝意见并签名。

- 在我院就诊过程中,对医师采取的检查、治疗意见,如有疑问,请马上与医师联系。在本院取药后,应注意药物的使用方法,如有疑问,请及时向药剂师或医师咨询。

- 请您遵照医嘱治疗,病情如有变化,应及时来我院复诊。

- 导医指南(由各医疗机构自行设计)。

(三) 首页内容及格式

医疗机构名称 门(急)诊病历

姓名： 性别： 出生年月： 民族： 婚否：

工作单位(住址)： 职业：

药物过敏史：

科别：

门(急)诊时间： 年 月 日 时 分(急诊)

主诉：

现病史(发病时间、主要症状、伴发症状、诊治经过等)：

既往史：

体检(阳性体征及必要的阴性体征)：

辅助检查结果：

初步诊断：

治疗意见：

医师签名：

(四) 续页内容及格式

医疗机构名称
门(急)诊病历续页

科别:

就诊时间: 年 月 日 时 分(急诊)

共××页 第×页

(五) 粘贴特殊检查报告单格式

医疗机构名称
粘贴特殊检查报告单

粘
贴
线

(六) 粘贴常规检验报告单格式

医疗机构名称
粘贴常规检验报告单

粘
贴
线

（七）封底

由医疗机构自行设计。

二、门（急）诊病历书写内容说明

门（急）诊病历是患者在医疗机构门诊就医过程中，医务人员对患者诊疗经过的记录，包括病史、体格检查、相关检查、诊断及处理意见等记录。其基本内容包括：门诊病历首页（门诊手册封面）、病历记录、化验单（检验报告）、医学影像学检查资料等。根据《病历书写基本规范（试行）》（卫医发〔2002〕190号），制定了门（急）诊病历书写的格式，并对有关问题分别提出了要求。

门（急）诊病历的管理：在医疗机构建有门（急）诊病历档案的，其门（急）诊病历及其相关资料由医疗机构负责保管；没有在医疗机构建立门（急）诊病历档案的，其门（急）诊病历由患者负责自行保管，复诊时应由患者提供。

（一）封面内容说明

- 医疗机构名称为医疗机构注册名称的全称，位于封面的上部，如有两个以上注册名称时，医疗机构名称栏不超过两个。医疗机构可根据情况自行设置背景图案，但不得影响对封面下部患者5项基本情况栏目的填写和辨认。

- “妥善保管 就诊必备”以红色字体标明。其一，说明病历保管的重要性；其二，说明门（急）诊病历由患者或医疗机构保管，保管方对遗失门诊病历应承担责任。

- 患者姓名、性别等基本情况由患者或者其近亲属填写。

- “药物过敏史”以红色字体标明。填写包括：有过敏史的填写过敏药物名称或者药物不详；无过敏史的填写“无过敏史”字样。

（二）封二“就诊须知”内容说明

- 《就诊须知》内容中强调了实名就诊、病历保管、特殊检查（治疗）或者门（急）诊手术签字手续及患者权利等。

- “导医指南”说明：具体设计“导医指南”的目的是使患者能够方便、快捷、清晰地了解自己就医的整个流程。医疗机构应当根据各门（急）诊布局及特点，编制本医疗机构“导医指南”的具体内容。

例如：

- i. 在 1 楼挂号室挂号并购买病历。
- ii. 根据导向或者导医指引到相应科室就诊。
- iii. 需行辅助检查的患者注意：检验到几楼，摄片到几楼，特殊检查请向医师询问。
- iv. 收费室设置在几楼。
- v. 药房设置在几楼。
- vi. 注射室或观察室设置在几楼。

（三）首页内容说明

• 为了便于病历书写，根据《病历书写基本规范（试行）》制定首页格式。新病历首次就诊时，由患者或者其近亲属填写患者基本情况，或者接诊医师按封面填写患者基本情况。诊疗过程中发现新过敏药物时，应增补于药物过敏史一栏，且注明时间并签名。患者第一次来院就诊时，应在新病历首页书写诊疗记录。现病史中诊治经过涉及其他医疗机构的，应记录其他医疗机构名称及诊疗经过。

• 急诊病历书写就诊时间应具体到分钟。因抢救急诊患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以注明。书写时应注意区分记录时间与抢救时间。

• 辅助检查结果：记录患者就诊前在其他医疗机构或者本医疗机构已行的检查，记录应包括医院名称、检查时间、项目、检查编号（如 CT、病理检查）、结果、有无报告单等。

• 初步诊断意见：指医师根据患者病史、体检结果、原有检查结果、诊疗经过做出的初步判断，并不是所有的检查完成并获得结果后所做出的判断。初步诊断应当按规范书写诊断病名，原则上不用症状代替诊断；若诊断难于肯定，可在病名后加“？”符号，尽量避免用“待查”、“待诊”字样。

• 治疗意见：指医师根据患者病史、体检结果、诊疗经过及所做初步诊断，决定需要进行的检查、治疗。要详细记录处理意见，所用药物要写明剂型、剂量和用法。每种药物或者疗法各写一行。对患者拒绝的检查或者治疗应予以说明，必要时可要求患者签名。应注明是否需复诊及复诊要求。

• 医师签名：应当签全名，书写工整正规、字迹清晰。如由试用期医务人员书写的门诊病历必须有上级医师签名方可生效。

(四) 续页内容说明

- 门(急)诊病历续页为门(急)诊病历的主要组成部分,与首页连续编页码(例首页为第1页,续页可根据各医院情况自行设计第2、3、4、5……页码,注明共多少页)。续页将就诊时间和科别标明,便于记录首诊或者复诊科别的变更。

- 首诊记录:主要包括就诊时间、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。首诊记录指患者所就诊疾病在本医疗机构为首次就诊,基本内容同首页记录。

- 复诊记录:指患者所就诊疾病在本医疗机构一定时期内再次或者多次就诊的记录,可在同一专科或者不同专科就诊,记录中应概括此前诊治的经过及疗效。

- 同一疾病复诊记录:主要包括就诊时间、科别、病史、必要的体格检查和辅助检查、诊断、治疗处理意见和医师签名。重点记录上次检查后送回的报告单结果,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。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。诊断无变化者不再填写诊断,诊断改变者则需写诊断。对拟诊患者,经三次复诊后,尽可能做出明确诊断。

- 护理文书:病历由医疗机构保管的,护理记录单列,见护理文书格式相应规定。病历由患者自行保管的,护理记录在门(急)诊病历续页中书写,在记录时间后注明“护理观察记录”,只记录客观内容,观察护士签名。

- 特殊检查(治疗)及门(急)诊手术知情同意书:特殊检查、特殊治疗是指具有下列情形之一的诊断、治疗活动:

- (1) 有一定危险性,可能产生不良后果的检查和治疗。

- (2) 由于患者体质特殊或者病情危笃,可能对患者产生不良后果和危险的检查和治疗。

- (3) 临床试验性检查和治疗。

- (4) 收费可能对患者造成较大经济负担的检查和治疗。

- 知情同意书:可直接书写在病历首页治疗意见栏或者续页上,如有格式化的知情同意书可粘贴在相应病情记录下方的空白处。在知情同意书下方的续页中记录“已与患者谈话,并征得同意”或者“已与患者谈话,拒绝行××检查(或治疗)”,要求患者或者代理人签名,然后书写处理意见。同时应在特殊检查、治疗或者手术登记本上登记。

- 留观记录:应在门(急)诊病历续页中书写,包括时间、病情变化、诊疗处理意见等,遵照谁观察谁记录的原则,由护士或者医师书写并签名。

（五）特殊检查或常规检验报告单粘贴说明

特殊检查或常规检验报告单应由接诊医师按照时间顺序自行或者指导患者粘贴于报告单粘贴线处。

（六）抢救患者病历记录说明

- 对急诊抢救患者应随时记录抢救情况。抢救记录应包括抢救日期与时间、病情变化及相应的抢救措施、检验结果、参与抢救医师的意见等。

- 患者的病情变化指抢救过程中患者的体温、脉搏、呼吸、血压、神志、瞳孔、尿量、大便等情况变化。

- 抢救措施系指抢救过程中所运用的诸如吸氧、洗胃、胃肠减压、气管插管、气管切开、心脏按摩、输血、补液、升压药、呼吸兴奋药、心内注射强心药、呼吸机、除颤机应用等，应说明采取相应措施的理由、疗效等。

- 检验结果指在抢救过程中为明确病情、判断疗效等目的采取的诸如血糖、血电解质、血二氧化碳结合力检测、血气分析以及心电图、X线检查、CT检查等，应对检查结果予以必要的分析说明。

- 应简要记录抢救过程中上级医师、会诊医师等参与抢救医师的诊治意见及相关诊治意见落实情况、疗效等，会诊医师应自行书写会诊抢救意见并签名。

- 记录医师签全名，如有上级医师参与抢救，应冠签名。

（七）死亡患者病历记录说明

对在门（急）诊期间（包括观察、监护、抢救、临时输液等）死亡的患者，其死亡记录应包括死亡日期与时间、死亡前的重要检验结果，死亡时间应确切记录到时、分，死亡原因分析及最大可能的死因，死亡诊断，记录医师签全名。

第二部分

住院病历基本规范

一、住院病历基本要求

(1) 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整。书写文字工整、字迹清晰、表达准确、语言通顺、标点正确。

(2) 书写病历时,除医嘱需要“取消”(含签名)时使用红色墨水外,住院病历书写包括上级医师修改在内,一律使用蓝黑墨水或者碳素墨水。

(3) 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。

(4) 病历书写严禁涂改,书写过程中出现错字时,应当用双横线画在错字上,并加以纠正。不得采用刮、粘、贴、擦、涂等方法掩盖或者去除原来的字迹,而使原字迹不能辨认。

(5) 除日常病程记录可由实习医务人员或者试用期医务人员书写并由上级医师修改签名外,书写病历者必须是拥有执业医师资格,并具有在本医疗机构合法执业权利的医务人员。

(6) 实习医务人员:系指医疗、护理大中专学校的在校学生,进入任何医疗机构临床实习的人员,包括本科、硕士或博士研究生、大学、专科、中专等在读生。无论是否取得执业(助理)医师资格、执业护士资格,均不具有在其实习的医疗机构合法执业的权利。

(7) 试用期医务人员:“试用期医务人员”指医学院校毕业后,依法到任何医疗机构试用工作的人员,无论是否取得执业(助理)医师、执业护士资格,均尚未取得在其试用医疗机构合法执业权利的医务人员。

(8) 进修医务人员:指已取得执业(助理)医师、执业护士资格,并在原工作的医疗机构具有合法执业权利的医务人员,在其进修医疗机构进修期间,由其进修医疗机构在接受其进修时经专门机构(如所进修科室、进修医务人员办公室等)考核合格者。经其进修医疗机构医疗服务质量监控部门认定后书写病历。

(9) 经治医师:指具有执业医师资格,并注册登记,在本医疗机构具有合法执业权利的,对特定患者诊断、治疗负有主管责任的医师。

(10) 根据有关规定,实习医务人员和试用期医务人员以及在其进修医疗机构尚未取得合法执业权利的进修医务人员,只能书写病历的日常病程记录部分,且需上级医师审阅、修改并签名。

(11) 上级医师修改病历时,使用蓝黑墨水或者碳素墨水。如系错字、错句,双横线画在

错字、错句上;如系添加,在保持原记录清晰、可辨认的前提下,在空白处书写,注明修改时间,修改处签名。

(12) 医师查房记录的要求:主治医师首次查房记录应于患者入院后 48 小时内完成。对病危者要随时查看患者,记录至少每天 1 次;病重者每日或隔日 1 次,最长不得超过 72 小时;对一般患者可每周 2 次。副主任医师以上查房每周 1~2 次。

(13) “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 小时内据实补记,并加以注明”的规定同时适用于门诊及住院病历书写。

(14) 对于应取得患者书面同意方可进行的医疗活动,在患者本人签字的同时,要求其近亲属或法定代理人签字。若签字人是文盲的可按手印代替(右手拇指,缺右拇指用左拇指)。

(15) 实施“保护性医疗措施”是指对于某些特殊疾病或者高风险的医疗过程,尚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。医疗机构根据需要,可要求签名的近亲属或者法定代理人事先必须获得患者的授权委托书。

(16) 本规范住院病历编写顺序系按照《病历书写基本规范(试行)》规定。实际应用时,住院病案装订建议采用如下顺序:①病历封面;②住院病案首页;③出院记录(死亡记录);④住院志;⑤病程记录(包括首次入院记录、日常病程记录、上级医师查房记录、疑难病例讨论记录、交接班记录、转科记录、阶段小结、抢救记录、会诊记录、术后首次病程记录、死亡病例讨论记录等);⑥输血同意书;⑦麻醉同意书;⑧手术同意书;⑨术前小结单;⑩术前讨论记录单;⑪麻醉记录单;⑫手术记录单;⑬手术护理记录单;⑭会诊单;⑮特殊检查、治疗知情同意书;⑯病理检验报告单;⑰特殊检查和常规检验报告单;⑱临时医嘱单;⑲长期医嘱单;⑳护理记录单;㉑体温单。

二、住院病历内容、格式及说明

(一) 住院病案首页格式及说明

医疗机构名称 住院病案首页

医疗付款方式□:(见表后) 第____次住院 病案号:_____

姓名____性别□1.男 2.女 出生____年____月____日 年龄____ 婚姻□1.未 2.已 3.离 4.丧
 职业____ 出生地____省(市)____县 民族____ 国籍____ 身份证号____
 工作单位及地址____ 电话____ 邮政编码____
 户口地址(住址)____ 电话____ 邮编____
 联系人姓名____ 关系____ 地址____ 电话____
 入院日期____年____月____日____时 入院科别____ 病室____ 转科科别____
 出院日期____年____月____日____时 出院科别____ 病室____ 实际住院____天
 主(副)任医师____ 主治医师____ 住院医师____ 实习医师____
 门(急)诊诊断____ 入院情况□ 1.危 2.重 3.一般
 入院诊断____ 入院后确诊日期____年____月____日

出院诊断	出院情况					ICD-10
	1.治愈	2.好转	3.未愈	4.死亡	5.其他	
主要诊断						
其他诊断						
医院感染名称						

病理诊断 _____ 病理号 _____

损伤、中毒的外部原因

手术操作编码	手术操作日期	手术操作名称	手术、操作医师			麻醉方式	切口愈合等级	麻醉医师
			术者	I助	II助			
							/	
							/	

过敏药物 _____ X线号 _____ CT号 _____ MRI号 _____

诊断符合情况 门诊与出院□ 入院与出院□ 术前与术后□ 临床与病理□ 放射与病理□

0.未做 1.符合 2.不符合 3.不肯定 抢救____次 成功____次

ABO血型□1.A 2.B 3.AB 4.O 5.未查 输血反应□ 1.有 2.无 3.未输 Rh血型□ 1.阴性 2.阳性 3.未查

输血品种□ 1.红细胞 单位 2.血小板 袋 3.血浆 ml 4.全血 ml 5.其他 ml 6.未输

HbsAg□ HCV-Ab□ HIV-Ab□ 0.未做 1.阴性 2.阳性

传染病卡□ 0.无 1.已报 2.未报 肿瘤病例卡□ 0.无 1.已报 2.未报

尸检□ 1.是 2.否 随诊□ 1.是 2.否 示教病例□ 1.是 2.否

病案质量□ 1.甲 2.乙 3.丙 质控医师 _____ 质控护士 _____ 日期_____

注明:医疗付款方式□ 1.社会基本医疗保险(补充保险、特大病保险) 2.商业保险
 3.自费医疗 4.公费医疗 5.大病统筹 6.其他

住院费用总计 _____ 凡可由计算机提供住院费用清单的,住院首页中可不填。

【说明】

(1) 本首页格式参照卫生部《卫医发[2001]286号》文件的首页格式(见附录七),略做了一点调整。填写方法可参阅其说明,凡栏目中有“□”者,应填写相应的数字,以代表其后的内容。

(2) 地址:包括户口地址(指户口所在地的地址)和住址(指患者近期居住时间达1年以上的地址),以便于随访。

(3) 为避免与“门(急)诊”的“急”相混淆,卫生部《卫医发[2001]286号》文件之首页格式中“入院情况:2.急”改为“入院情况:2.重”,其与“急”的含义基本相同,包括急性病、慢性病急性发作、急性中毒和意外损伤等以及虽无生命体征改变,但病情重笃、复杂,可能有不良预后者。

(4) 本首页中“入院情况:1.危”,是指生命体征不稳定,时刻可能危及生命的患者。

(5) 医师签名:体现三级医师查房制度。本格式中三级医师分别为住院医师、主治医师和主(副)主任医师。

(6) 入院确诊日期:要求指明诊断的具体日期。确诊系指做出与出院诊断基本相符的诊断。

(二) 住院志格式及说明

1. 手术科室住院志格式

医疗机构名称 手术科室住院志

科别_____病区_____床号_____住院病历号_____

姓名_____性别____年龄____民族____出生地_____婚姻状况_____

工作单位及电话_____职业_____

家庭住址及电话_____

联系人地址及电话_____联系人(与患者的关系)_____

入院日期_____记录日期_____病史陈述者(姓名)_____与患者关系_____

主诉:

现病史:

既往史:

平素健康状况; 1. 良好 2. 一般 3. 较差

疾病史:(系统回顾;如有症状应在下面空行内填写发病时间及目前状况)

呼吸系统症状; 1. 无 2. 有

循环系统症状; 1. 无 2. 有

消化系统症状; 1. 无 2. 有

泌尿系统症状:1. 无 2. 有

血液系统症状:1. 无 2. 有

内分泌代谢症状:1. 无 2. 有

神经精神症状:1. 无 2. 有

生殖系统症状:1. 无 2. 有

运动系统症状:1. 无 2. 有

传染病史:1. 无 2. 有

其他

预防接种史:1. 无 2. 有 3. 不详

预防接种药品

手术外伤史:

手术:1. 无 2. 有 手术名称及时间

外伤:1. 无 2. 有 外伤情况及时间

输血史:1. 无 2. 有;1. 全血 2. 血浆 3. 成分输血

血型_____输血时间_____输血反应:1. 无 2. 有

临床表现

药物过敏史□:1. 无 2. 有 3. 不详

过敏药品名称_____

临床表现_____

个人史:

经常居留地_____地方病地区居住史_____

吸烟史□:1. 无 2. 有 平均__支/日,时间__年 戒烟□:1. 否 2. 是 时间_____

饮酒史□:1. 无 2. 有 平均__克(两)/日,时间__年 戒酒□:1. 否 2. 是 时间_____

毒品接触史□:1. 无 2. 有 毒品名称_____ 时间_____

其他_____

婚育史:

结婚年龄____岁 妊娠____次 产____次 1. 自然生产□次 2. 手术产□次

3. 自然流产□次 4. 人工流产□次 5. 早产□次 6. 死产□次

配偶健康状况□:1. 良 2. 差_____

月经史:初潮年龄____岁 经期____天 末次月经____年____月____日

周期____天 绝经时间____年____月____日

经量□:1. 少 2. 正常 3. 多 痛经□:1. 无 2. 有 经期不规则□:1. 无 2. 有

家族史:(注意与患者现病有关的遗传病及传染性疾病)

父:健在 患病名称_____已故 死因_____

母:健在 患病名称_____已故 死因_____

其他_____

以上病史记录已经陈述者认同。

陈述者签名:

时间:

体 格 检 查

生命体征:体温____℃ 脉搏____次/分□(1. 规则 2. 不规则_____)

呼吸____次/分□(1. 规则 2. 不规则_____) 血压____/____ mmHg

一般情况:发育□:1. 正常 2. 不良 3. 超常 营养□:1. 良好 2. 中等 3. 不良 4. 恶病质

表情□:1. 自如 2. 其他_____ 检查合作□:1. 是 2. 否

体型□:1. 无力型 2. 正力型 3. 超力型 步态□:1. 正常 2. 不正常_____

体位□:1. 自动体位 2. 被动体位 3. 强迫体位_____

神志□:1. 清楚 2. 嗜睡 3. 模糊 4. 昏睡 5. 浅昏迷 6. 中度昏迷 7. 深昏迷 8. 谵妄

皮肤、黏膜:色泽□:1. 正常 2. 苍白 3. 潮红 4. 发绀 5. 黄疸 6. 色素沉着

皮疹类型及分布_____

皮下出血类型及分布_____

水肿部位及程度_____

肝掌□:1. 无 2. 有 部位_____ 蜘蛛痣□:1. 无 2. 有 部位_____

其他_____

淋巴结:浅表淋巴结肿大□:1. 无 2. 有 描述_____

头部: 头发分布□:1. 正常 2. 异常 描述_____ 其他_____

眼:突眼_____ 眼睑_____ 结膜_____ 巩膜_____ 角膜_____

瞳孔□:1. 等圆等大 2. 不等(左___ mm 右___ mm)

瞳孔对光反射□:1. 正常 2. 迟钝(左___ 右___) 3 消失(左___ 右___) 其他_____

耳:外耳道分泌物□:1. 无 2. 有(左_____ 右_____ 性质_____)

乳突压痛□:1. 无 2. 有(左_____ 右_____)

听力障碍□:1. 无 2. 有 描述_____

鼻:鼻翼扇动□:1. 无 2. 有 分泌物□:1. 无 2. 有 性状_____

鼻窦压痛□:1. 无 2. 有 部位_____

口腔:唇_____ 黏膜_____ 舌_____

扁桃体_____ 咽_____ 齿_____

颈部:颈项强直□:1. 无 2. 有 下颌距胸骨___横指

颈动脉□:1. 搏动正常 2. 搏动增强 3. 搏动减弱

肝颈静脉回流征□:1. 阴性 2. 阳性

气管□:1. 正中 2. 偏移(左_____ 右_____)

甲状腺□:1. 正常 2. 肿大 描述_____ 血管杂音□:1. 无 2. 有 描述_____

胸部:胸廓□:1. 正常 2. 桶状胸 3. 膨隆 4. 凹陷(左_____ 右_____ 心前区_____)

乳房□:1. 正常 2. 异常_____ 胸骨叩痛□:1. 无 2. 有

肺:视诊:呼吸运动□:1. 正常 2. 异常_____

触诊:语颤□:1. 正常 2. 异常_____

胸膜摩擦感□:1. 无 2. 有(左___ 右___) 皮下捻发感□:1. 无 2. 有 部位_____

叩诊□:1. 正常清音 2. 异常_____