

病历书写规范细则

(张志忠)

目 录

一 病历、病案的定义、种类及组成	1
二 病历书写基本要求	1
三 住院病历首页填写说明	2
四 病疾诊断和手术名称填写说明	5
五 住院病历书写内容、格式及要求	9
六 入院记录书写内容、格式及要求	14
七 再入院记录的书写内容、格式及要求	15
八 入出院记录书写内容、格式及要求	16
九 病程记录书写内容、格式及要求	16
十 交接班记录书写内容、格式及要求	17
十一 转科记录书写内容、格式及要求	18
十二 会诊记录书写内容、格式及要求	19
十三 疑难病例讨论记录书写内容、格式及要求	19
十四 抢救记录书写内容要求	19
十五 阶段小结书写内容、格式及要求	20
十六 手术前小结书写内容、格式及要求	20
十七 手术前讨论记录书写内容、格式及要求	20
十八 术前准备及术后处理要求	21
十九 围手术期对麻醉医师要求	21
二十 麻醉记录书写内容要求	22
二十一 手术记录书写内容、格式及要求	22
二十二 手术后首次病程记录的书写内容、格式、及要求	23
二十三 出院记录的书写内容、格式及要求	23
二十四 死亡记录的书写内容、格式及要求	24

二十五 死亡讨论记录书写内容、格式及要求.....	25
二十六 《死亡证明书》书写内容要求	25
二十七 病历中的其他记录书写内容要求.....	25
二十八 门、急诊病历书写基本要求	26
二十九 门诊病历书写、格式及要求.....	26
三十 急诊病历书写内容、格式及要求.....	27

一 病历、病案的定义、种类及组成

（一） 病历、病案定义

病历是医务人员问诊、检查、诊断、治疗、护理病人过程中，用文字、图表、影像、多媒体等完整、客观的医疗记录，称为病历。（国外称“医学记录 Medical record”或“健康记录 Health record”）。

当病历收回到病案科后进行索引、编号、整理、装订成册，遂可称为病案。

（二） 病历种类

1. 门诊病历：指门诊病历、急诊观察记录、门（急）诊医疗手册、还应包括社区保健记录、院外抢救记录：它们是病人在门、急诊、社区就诊时，由经治医师和其他医务人员书写的医疗记录。

2. 住院病历：指住院病历、入院记录、再入院记录、入出院记录，它是病人办理住院手续后，由病房医师和其他医务人员书写的各种医疗记录。

（三） 病历组成

1. 门、急诊病历包括（1）门诊病历首页，（2）医疗记录部分，（3）医技记录部分（如各报告单），（4）知情签字部分（诊断性、治疗性操作及手术知情同意书）四部分内容组成。

2. 住院病历：包括（1）住院病历首页（2）医师记录部分：有（住院病历、入院记录、再入院记录、入出记录）首次病程记录、病程记录、阶段小结、交（接）班记录、转出（入）记录、围产期检查记录、婴儿分娩记录、术前小结、术前讨论记录、麻醉记录、手术记录、术后首次病程记录、教学查房记录、疑难病例讨论记录、抢救记录、会诊记录、出院记录、死亡记录、死亡讨论记录、出院证明书、死亡证明书、病历摘要等；（3）医技记录部分：有各种化验检查报告单、各种医学影像学检查报告单、其它特殊检查报告单、（4）护理记录部分：有体温单、医嘱单、护理记录、特护记录单、婴儿护理记录；（5）知情同意书部分：有住院管理方面知情同意书、各种手术知情同意书，麻醉知情同意书，有创性检查及治疗知情同意书，输血治疗同意书、特殊用药或自费用药知情同意书、医用耗材或贵重器材使用知情同意书等五部分内容组成。

二 病历书写基本要求

（一） 住院病历须用蓝黑或墨色字写，打印病历用黑体字。门、急诊病历和需要复写的资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。对上级医师查房意见须有红、蓝色笔标示。

（二） 病历书写应使用中文和医学术语，以国家公布简化字为准、无错别字、自造字及非正式通用的中、英文缩写、代码，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称可以使用外文。

（三） 病历书写要求内容客观、真实、准确、及时、完整。病历书写应当文字工整，字迹清楚，表述准确，语句通顺，简练清晰，标点正确，逻辑性科学性强，并能反应出综合性分析和讨论意见。

（四） 对于在病历书写过程中出现的错、别字句时应当用双线划在错、别字句上，在旁边的空格内写出正确字句，不得采用刮、擦、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

（五） 病历应当按着规定的内容书写，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医务人员审阅、修改并签字。

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方可书写病历。

（六） 上级医务人员有审查、修改下级医务人员书写的病历责任，修改时应当注明修改日期，修改人员签名，并保持原记录清晰可辨。

（七） 因抢救急危重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。

（八） 医务人员在进行各种手术、有创性检查、有创性治疗、输血、实验性临床医疗、可能引起病人不良反应、使用大额药物、自费药品或贵重医疗耗材加重病人的经济负担等医疗活动前，必须向病人说明理由并由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全的民事行为能力时，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，没有近亲属的可由其关系人签字；为了抢救患者，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。

（九） 病历中使用数字表达的地方须采用统一的阿拉伯数字书写，使用度量单位应一律采用法定计量单位记录。

（十） 对异常化验报告单，须用红色墨水笔或圆珠笔在化验单眉栏的相应部位做标记。

（十一） 在病人出院前经治医师要检查各种化验、影像学及特殊检查报告单是否齐全；缺者设法找全并及时归档粘贴整齐。

（十二） 日期、时间：急诊、抢救等特殊记录要记清楚年、月、日、时、分。

（十三） 医嘱单、处方：要写清楚用药名、剂量、剂型、用法、用量、给药时间和途径。

（十四） 凡进入病历中的各种医疗表格或表格病历必须由各医院病案科和医院病案管理委员会共同审定，符合病历管理要求后，方可印刷使用。

（十五） 有病房的中医科或中西医结和合医院的病历按国家中医药管理局印制发行的《中医病历基本规范》要求内容书写。

三 住院病历首页填写说明

（一） 凡病历首页栏目中有“□”者，要在“□”内填写适当阿拉伯数字（如性别的“1”或“2”），空栏内填文字，有者必填。栏目中没有可填内容者，填写“无”。如联系人没有电话，在电话空栏内填“无”。

（二） 医疗付款方式：分为 1.社会基本医疗保险 2.商业保险 3.公费医疗 4.大病统筹 5.自费医疗 6.其他。应在“□”内填写相应的阿拉伯数字。

（三） 职业：需填写具体的工作类别，根据自己所从事的专业确切填写。

（四） 身份证号：本国人员填写身份证号码，外籍人员填写护照号码。由主管部门人员如实填写，急诊抢救或昏迷等特殊病人，由经治医师负责补填。

（五） 工作单位及地址：指就诊时病人的工作单位及地址。若无工作单位，填写“无”。

（六） 户口地址：按户口所在地址详细填写，地址应写省、市、区、县、（街道）乡、村、楼号、门牌号。

（七） 联系人及联系方式：应写患者直系亲属姓名及关系，如果没有亲属则填写同事、领导、朋友的姓名、电话号码、邮政编码，尽可能详细填写以便随访使用。

（八） 转科科别：如果超过一次以上的转科，用“→”连接表示。

（九） 实际住院天数：入院日与出院日只计算一天，例如：2001 年 6 月 12 日入院，2001 年 6 月 15 日出院，计住院天数为 3 天。

（十） 门（急）诊诊断：填写门（急）诊经治医师在住院证上填写的门（急）诊诊断。

（十一） 入院时情况

1. 危：指病人生命体征不平稳，直接威胁病人生命，须立即进行抢救的病人。
2. 急：指急性病、慢性病急性发作，急性中毒和意外损伤，须立刻做出明确诊断和治疗的病人。
3. 一般：指除危、急情况以外的普通情况。

（十二） 入院诊断：指病人住院后由主治医师首次查房确定的诊断。

（十三） 确诊日期：指病人住院以后被明确诊断的具体日期。入院前诊断与入院后诊断完全一致时，可以把入院日期作为确诊日期。出院时仍未确诊的可以不填写确诊日期。

（十四） 出院诊断：指病人出院时所做的综合性、全面的最后诊断。

1. 主要诊断：指本次医疗过程中对身体危害最大、花费医疗精力、费用最多、住院时间最长、接受治疗的主要疾病即为主要诊断。

2. 其它诊断：指并发症和伴随疾病。

(十五) 医院感染是指病人住医院 48 小时后获得的感染；在院内获得出院后才发生的感染；指在住院期间原有病原体的基础上又培养出新的病原体并引起疾病均称医院内感染；但不包括入院前已经存在的感染。当院内感染成为主要治疗疾病时，应将其列为主要诊断，同时在院内感染栏目中还要重复填写，但不必编码。

(十六) 病理诊断：指针吸、活检、手术、尸检等所做的解剖学和病理组织学最后诊断，而不填写显微镜下细胞形态学描述。

(十七) 损伤、中毒的外部原因：指造成损伤的各种外部原因和引起中毒的各种物质，如意外事故中，交通类事故（铁路事故，机动车、非机动车交通事故，航天航空飞行器运输事故，各种水上运输船事故，其它类运载工具事故）；自然、环境因素事故（雷、电、火击烧死伤、）；意外坠落事故；他杀他伤、自杀自伤类；未确定无意或有意加害损伤；战争引起的损伤；沉没、窒息和异物所致的事故；失火和火焰引起的事故；物理及化学损伤事故；其它类事故；因外科和内科操作引起损伤；药物药剂和生物制品引起的意外中毒；其它固体、液体、气体、蒸汽意外、（误服农药中毒、药物中毒、食物中毒）等等。不能笼统的填写车祸、外伤、中毒等。

(十八) 出院情况：治愈、好转、未愈、死亡、其它，由医师根据治疗结果判定，并在相应方格内以划“**ü**”表示。病人死亡只在病历首页上主要诊断方格内划“**ü**”，其它诊断一律不用划，因无统计学意义。

1. 治愈：指疾病经治疗后，病因和症状消失，功能完全恢复。如果病因和症状消失，功能受到轻度损害未完全恢复的属基本治愈，也可填在治愈栏中。

2. 好转：指疾病经治疗后，症状减轻，功能有所恢复属于好转。当病因和症状消失，但功能受到严重损害者，也只能计为好转。

3. 未愈：指疾病经治疗后未见好转属于未愈，疾病经过治疗后反而恶化，也填在未愈栏中。

4. 死亡：指住院期间病人的死亡，包括未办理住院手续而实际上已收容入院的死亡患者。也包括已办理完住院手续而未收容入院在途中死亡者。但不包括在门、急诊观察室内死亡的患者。

5. 其它：包括病人入院后未经检查 and 治疗的出院、自动出院、转院、逃费、拘捕及因其他原因而离院的病人。

(十九) ICD-10：指国际疾病分类第十版。

(二十) 药物过敏：需填写具体的药物名称，没有可以填“无”。

(二十一) HbsAg：指乙型肝炎表面抗原。

(二十二) HCV-Ab：指丙型肝炎病毒抗体。

(二十三) HIV-Ab：指获得性人类免疫缺陷病毒抗体。

(二十四) 输血反应：指输血后一切不适的临床表现。

(二十五) 诊断符合情况：包括门诊与出院，入院与出院，术前与术后，临床与病理，放射与病理对比情况。

1. 符合：指出院主要诊断与门诊的诊断、与入院诊断比较，术前诊断与术后诊断比较，临床诊断与病理诊断比较，放射诊断与病理诊断比较，相一致计为符合。

2. 不符合：指“诊断符合情况”中主五项诊断比较不相符合，为不符合。

3. 不肯定：指疑诊或以症状、体征、检查发现问题代替诊断，因而无法做出判别的。

4. 临床与病理：病理诊断与出院诊断符合与否的标准如下：

A：出院诊断为肿瘤，无论病理诊断是良性或恶性，均视为符合。

B：出院诊断为炎症，无论病理诊断是特异性或非特异性感染，均视为符合。

C：病理与临床前三项诊断之一相符，计为符合。

D：病理报告未作诊断结论，但其描述与出院前三项诊断比较有关相之处为不肯定。

(二十六) 抢救和抢救成功次数：

1. 抢救：指对具有生命危险病人的抢救；慢性消耗性疾病的病人临终救护不算抢救（如肿瘤晚期、老年脑血管病等）；抢救病人必须有抢救措施和设备，没有这些不算抢救；每一次抢救都要有抢救记录、

病程记录、特护记录，无记录者不按抢救计算；抢救时有上级医师在场或意见，没有的不算抢救。

2. 抢救成功次数：危重病人经抢救后病情平稳 24 小时以上再次出现危重情况，需要再次实施抢救，按两次抢救计算。如果病人有数次抢救，最后一次抢救失败而死亡，则前几次抢救按抢救成功计，最后一次为抢救失败，病人死亡不计，（抢救 10 次病人均成活了计 10 次成功，病人死亡了计 9 次成功。

（二十七） 医师签名：

1. 医师签名应清晰签署全名，医师签名要能体现三级医师查房和负责制。病人出院时由经治医师认真及时的填写病历内容及首页，主治医师要负责审核并签名，病人出院两周内，专业组主任或科主任最后全面审核病历内容并在病历首页“科主任”栏中签名，有特殊情况，科主任可指定相当职称医师代签。签名后表示病历已经完成并可归档。

2. 进修医师：进修医师按本院医师的相应级别对待，但是，进修医师不负法律责任，本院医师有责任把关，对于没有进修医师的医院，病历首页不印刷进修医师栏。

3. 编码员：指负责病历编目的疾病分类人员。

4. 病案质控医师和病案质控护士：指病案质量检查及监控的医师和护士检查后作出评价，并在首页下边相应的栏内签字。

（二十八） 手术、操作编码：指按 ICD-9-CM3 的编码。

（二十九） 手术、操作名称：指手术、诊断性和治疗性操作名称。

（三十） 手术、操作医师：指手术者、I 助、II 助……应如实填写。

（三十一） 麻醉方式：指全麻、阻滞麻醉、局部麻醉等。

（三十二） 切口愈合等级：

切口分级	切口愈合等级	解释
I 类切口	I/甲	无菌切口/切口愈合良好
	I/乙	无菌切口/切口愈合欠佳
	I/丙	无菌切口/切口化脓
II 类切口	II/甲	污染切口/愈合良好
	II/乙	污染切口/愈合欠佳
	II/丙	污染切口/切口化脓
III 类切口	III/甲	感染切口/愈合良好
	III/乙	感染切口/愈合欠佳
	III/丙	感染切口/伤口化脓

注：

I 类切口：常见的骨骼、肌肉、颅脑、眼、四肢、躯干、心脏、纵膈、甲状腺、乳腺、单纯疝修补等择期的无菌手术。

II 类切口：进入胸、腹腔脏器行部分呼吸器官、消化器官、泌尿器官切除及会阴部位择期易污染切口的手术。（例：慢性阑尾炎行择期阑尾切除术、切口属 II 类）

III 类切口：在感染区域组织或直接暴露于感染物的手术切口。例如，脓肿切开引流术，脓胸引流术，化脓性阑尾炎行阑尾切除术，化脓性腹膜炎腹腔探查类手术等。

（三十三） 随诊：指需要随诊的病历，由医师根据情况确定并填写随诊时间。

（三十四） 对传染病和肿瘤要及时统计，及时上报，不能漏报、瞒报。

（三十五） 示教病历：指有教学意义的病历，由医师填写标示需要做特殊索引，以便医师科研查找使用。

（三十六） 病历质量：按医院评审标准填写，应由病历质量检查者确定甲、已、丙。

（三十七） 血型、输血、输血品种、输血反应：按实际使用情况填写代码。

（三十八） 护理级别及天数由医师填写。

（三十九） 住院费用：由住院收费处填写、电脑提供结账清单，须由医师粘贴在病历中。

四 病疾诊断和手术名称填写说明

（一） 疾病诊断概念：

主要诊断：是指对病人危害重、住院时间长、花费医疗精力和费用多、接受治疗的主要疾病。

其它诊断：包括并发症（继发病），伴随疾病。

并发症是指与主要疾病有因果关系，由主要疾病引起的疾病和症状。如胃溃疡穿孔合并急性弥漫性腹膜炎、急性出血坏死性胰腺炎引起的感染中毒性休克。

伴随疾病是指与主要疾病和并发症无任何联系的另一种疾病。

（二） 疾病诊断构成部分：临床疾病诊断是由病因、解剖部位（器官组织）、病理和临床表现四个基本成分构成，但每个具体诊断不一定都具备四个基本成分。

（三） 疾病诊断填写原则

1. 本科疾病放在前；其他科疾病放在后。
2. 主要疾病放在前；次要疾病放在后。
3. 原发疾病放在前；继发疾病放在后。
4. 已治疾病放在前；未治疾病放在后。
5. 急性疾病放在前；慢性疾病放在后。
6. 损伤与中毒疾病放在前；非此类疾病放在后。
7. 传染性疾病放在前；非传染性疾病放在后。
8. 后遗症放在前，原手术、外伤史或病史放在后。
9. 危及患者生命的疾病放在前；不严重的疾病放在后。
10. 医疗费用和精力多的，时间长的放在前；少的放在后。

在临床医疗工作中要灵活掌握这九条原则，关键是选择填写好主要诊断，其他诊断按临床习惯顺序去填写，但又要符合国际疾病分类要求。除十条原则之外，还有主次矛盾转化，转科诊断，康复诊断等。

（四） 填写主要诊断的具体原则和示范说明

1. 合并编码原则：有些疾病主要诊断和并发症可以放在主要诊断中（不带有“并发”或“合并”字眼），但是从临床诊断习惯顺序来讲，主要诊断和并发症最好分开，也不影响编码，只是在主要诊断栏内用一个编码概括即可。

例 1：慢性胆囊炎、胆囊结石。 K80.0

例 2：胃溃疡、出血 K25.4

2. 一组因果性疾病选择填写病因或突出特异性疾病，作为主要诊断。例：冠心病、肺心病

例 1：冠状动脉粥样硬化性心脏病。

急性下壁心肌梗塞

心律失常

III° 房室传导阻滞

心功能 II 级

正确写法：

主要诊断：急性下壁心肌梗死

其它诊断：冠状动脉粥样硬化性心脏病

心律失常

III° 房室传导阻滞

心功能 II 级

例 2：阻塞性肺疾病

慢性喘息性支气管炎
阻塞性肺气肿
肺源性心脏病
心功能 III 级

正确写法:

主要诊断: 肺源性心脏病

其它诊断: 阻塞性肺疾病

慢性喘息性支气管炎

阻塞性肺气肿

心功能 III 级

3. 多种主要疾病同时存在时, 选择填写危害生命最大、花费医疗费用、精力最多, 住院时间最长的疾病为主要诊断。

例 1: 新生儿窒息

新生儿硬肿症

新生儿吸入性肺炎

正确写法:

主要诊断: 新生儿硬肿症

其他诊断: 新生儿吸入性肺炎

新生儿窒息

例 2: 新生儿肠炎

新生儿脓疱疮

新生儿脐炎

新生儿败血症

正确写法:

主要诊断: 新生儿败血症

其它诊断: 新生儿肠炎

新生儿脓疱疮

新生儿脐炎

以上两例中的任何一个诊断都可作为主要诊断, 但是危及生命的疾病应作为主要诊断。也要尊重临床医师的选择大多数是正确的。

4. 多种疾病同时存在, 疾病情况相似时, 选择本科疾病或手术的疾病作为主要诊断。

例 1: 冠状动脉粥样硬化性心脏病

慢性扁桃体炎

双眼老年性白内障

前列腺增生

例 1 这种情况要看是住在哪一个科室, 做什么手术。如果住泌尿科行前列腺摘除术, 当然前列腺增生症是主要诊断, 其它科疾病属其它诊断, 类似情况, 以此类推。

5. 多发性 (复合性损伤), 选择危及病人生命最重要的器官和脏器损伤为主要诊断。

例 1: 多发性复合性损伤

多发性小肠完全性裂断

肠系膜血管破裂

出血性弥漫性腹膜炎

多发性肋骨骨折（右4、5、6、7肋）

血、气胸

例2：多发性复合性损伤

重度颅脑挫伤

颅底骨折

右尺桡骨双骨折（闭合性）

下颌骨多发骨折（开放性）

皮肤（下颌）挫裂伤

这种多发性复合性损伤，损伤多种器官，诊治也就涉及到多个科室，任何一个器官损伤都可以致残或致命，关键看损害哪个器官是最严重，直接威胁生命，应收的科室首先收治，采取抢救措施，那个科的器官损伤作为主要诊断。如不好立即确定，应强调首诊负责制，以抢救病人生命为重。

6. 旧的疾病已治愈或未治疗，又发生新的疾病，疾病的主次矛盾转化，主要诊断应填写主要矛盾的疾病名称。

例1：患者以青光眼住眼科手术治疗，术前病人突然患急性心肌梗塞，危害病人生命，立即请内科医师共同抢救，后转入内科继续抢救治疗，经治疗病人转危为安或无效死亡，出院主要诊断应以“急性心肌梗塞”。

例2：患者因高血压病住内科治疗，突然出现“脑出血”，后立即转到神经内科继续抢救治疗，病人治愈与否，从神经内科出院，主要诊断为“脑出血”。这样的例子常出现在综合性医院较为多见，分科较细所致。

7. 一组因果性疾病在同一科室或不同科室，而因治疗目的不同，允许主要诊断填写有所不同。

例：肝炎后肝硬化

门脉高血压症

胃底及食管静脉曲张

脾大

脾功能亢进

腹水

对于这一组因果关系性疾病，临床有三种诊断：1、因肝功能衰竭、低蛋白血症、腹水为主要特征而住院治疗，出院以“肝炎后肝硬化失代偿期”为主要诊断。2、以上消化道大出血而住院，入院后明确诊断为“肝炎后肝硬化、胃底食管静脉曲张、破裂出血”，并给予三腔管气囊压迫，或静脉硬化剂而止血治疗，而出院诊断以“胃底食管静脉曲张破裂出血”为主要诊断。3 为了止血或预防性出血住或转到外科治疗，而行限制性门静脉分流，或脾静脉分流或断流手术，出院应以“门脉高压症”作为主要诊断。因外科是无法治愈肝炎后肝硬变的，而不能把肝硬化放在主要诊断栏内。

8. 以症状或体征而住院，原发病不清的情况下，入院后经过详细检查，明确病因，并予以治疗，必须选原发病为主要诊断。然而入院经过反复检查，临床会诊或医疗技术水平有限的条件下仍不能明确诊断，出院仍可把症状体征作为主要诊断。

例1：入院诊断：梗阻性黄疸原因待查

胆总管结石？

法特氏壶腹周围癌？

正确写法：出院主要诊断：法特氏壶腹周围癌

其它诊断：梗阻性黄疸

例2：入院诊断：不全性幽门梗阻原因待查

十二指肠球部溃疡？

胃癌？

正确写法：出院主要诊断：胃窦癌

其它诊断：不全性幽门梗阻

例 3：入院诊断：发热原因待查

入院诊断：血红蛋白尿待查

正确写法：出院诊断：发热原因待查或血红蛋白尿待查

9. 妇产科的情况比较复杂，主要诊断填写也比较困难。以下有六种情况说明：

(1) 以子宫的良性肿瘤，恶性肿瘤，盆腔、附件炎症，子宫内膜异位症，先天性生殖器畸形，各种瘘、附件的各种囊肿以及女性生殖器官疾病等而住院治疗，以上疾病都可以作主要诊断。

(2) 以妊娠呕吐，流产，治疗性流产，计划生育性流产，滋养叶疾病（恶性葡萄胎），异位妊娠，妊娠晚期出血，妊高症产后出血，早产，过期妊娠及死胎而住院治疗，这些疾病均可作为主要诊断。

(3) 正常妊娠及分娩，可作为主要诊断。如妊娠 40 周孕 1 产 1，自然分娩。妊娠 40 周孕 1 产 1 可作为主要诊断。其主要目的是保证母婴平安。

(4) 以异常分娩，选择危害孕产妇最严重的“梗阻性分娩”或“异常分娩”作为主要诊断。

(5) 产力异常：子宫收缩乏力，产道异常：（子宫颈、阴道、外阴有畸形，肿瘤，瘢痕组织存在妨碍正常分娩），骨盆产道异常：（骨盆入口狭窄、漏斗形骨盆等），胎位异常：（头盆不称、胎位不正、持续枕横位），胎儿及附属物异常：（胎儿、羊水栓塞、胎膜早破、胎盘剥离等）疾病。

例 1：妊娠 30w1/7 孕 1 产 1

左枕前

手术分娩 活男婴

漏斗骨盆 脐带绕颈一周

胎膜早破

正确填写：

主要诊断：漏斗骨盆，

其它诊断：胎盘早剥，其它按顺序排列

例 2：妊娠 37w1/7 孕 2 产 1

手术分娩

左枕前位 活女婴

重度妊高症（先兆子痫） 巨大儿

胎膜早破

正确填写：

主要诊断：重度妊高症（先兆子痫）

其它诊断：按顺序排列

例 3：重度妊高症和胎膜早破均可作为主要诊断，但主要栏内只填重度妊高症作为主要诊断，不能太多。

(6) 妊娠及产褥期的并发症危及病人生命，应做为主要治疗目的，可做主要诊断。

例 1：妊娠合并急性化脓性阑尾炎住外科治疗阑尾炎症，出院主要诊断应写“妊娠期急性化脓性阑尾炎”

例 2：妊娠合并肺结核而住院在内科治疗，出院主要诊断应写妊娠期肺结核。

例 3：产后大出血等危重的并发症作为主要诊断。

10. 疾病和症状同时存在应以疾病作为主要诊断。

慢性肾小球肾炎并发尿毒症和有供体肾源等情况下，行肾移植手术，肾移植病人主要诊断类慢性胆囊炎、胆石症，但不是合并编码而是单独编码（例 1）。而肾内科的各种肾炎等疾病按内科临床习惯和分型书写《（例 2）》。

例 1: 慢性肾小球肾炎 尿毒症 (主要诊断)

肾性贫血 (其它诊断 2)

肾性高血压 (其它诊断 3)

例 2: 肾病综合症 (主要诊断)

慢性肾功能不全 (尿毒症) (其它诊断 1)

肾性贫血 (其它诊断 2)

肾性高血压 (其它诊断 3)

11. 术后状态与术后晚期效应及并发症, 一般以后两种为主要诊断。阑尾切除后状态与阑尾切除术后肠粘连, 胃大部切除后状态与胃大部切除后吻合口水肿、梗阻作为主要诊断。

12. 急性病与慢性病同时存在时, 选择“急性疾病”为主要诊断。

例: 急性胃肠炎

慢性扁桃体炎

13. 传染病与非传染病同时存在时, 选择传染性疾病为主要诊断。

例: 急性细菌性痢疾与急性支气管炎同时存在, 选择前者。

14. 损伤、中毒性疾病与其他疾病存在时, 选择前者损伤、中毒为主要诊断。

例 1: 外伤性股骨颈骨折与高血压病 III 期

例 2: 食物中毒 (或药物中毒) 与糖尿病

15. 烧伤、烫伤、冻伤的主要诊断选择, 应以烧、烫、冻伤的总面积为主要诊断, 注明部位和深度。(包括特殊器官)

16. 病人因非疾病而是以康复治疗美容、整形、提供器官或体检为治疗目的而住院, 可以把这些情况作为主要诊断。

例 1: 乳腺癌切除术后化疗或放疗

例 2: 取骨折骨髓内钉内固定装置。

例 3: 健康体检。

入院健康体检未查出任何疾病的出院诊断可以写健康体检, 查出疾病就写疾病, 无论是大病还是小病, 须在出院诊断栏内按诊断填写顺序原则填写即可。

(五) 手术名称填写原则:

诊断和治疗性操作及手术必须全面填写名称及术式以利于编码进行科研总结。

1. 诊断性操作 (如冠状动脉造影、肝动脉造影)。

2. 治疗性操作 (如冠状动脉支架放置术、肿瘤动脉插管介入治疗)

3. 手术方式。胃大部切除术, 胃肠吻合方法 (是毕罗 I 式、还是 II 式), 乳腺癌手术方法 (例如: 乳癌根治术或简化乳癌根治术), 疝修补术的方法等等, 特别指出的一定把手术术式和吻合方法写全面、写清楚。

五 住院病历书写内容、格式及要求

住院病历 (俗称大病历) 内容应包括病历首页、住院病历、入院记录、再入院记录、入出院记录、首次病程记录、病程记录、阶段小结、会诊记录、交接班记录、转出转入记录、围产期检查记录、婴儿分娩记录、手术前小结、手术前讨论记录、麻醉记录、手术记录、手术器械敷料清点记录、术后首次病程记录、教学查房记录、疑难病例讨论记录、抢救记录、死亡记录、出院记录、(或入出院记录)、出院证明书、死亡证明书、死亡讨论记录、转院病例摘要、护理记录、特护记录、新生儿护理记录、体温单、医嘱单、各种化验检查报告单、各种医学影像检查报告单、病理报告单、尸体解剖检查报告、其它特殊检查报告单、入院管理方面知情同意书、麻醉知情同意书、各种有创性检查有创性治疗知情

同意书、手术知情同意书、输血知情同意书、自费药品或大额贵重药品使用知情同意书、贵重医用耗材或特殊医用器材使用知情同意书等等。

住院病历由实习医师、未取得执业医师资格住院医师研究生书写，要求病人住院后 24 小时内完成。

住院病历

姓名	单位
性别	通讯地址
年龄	入院日期
婚姻	记录日期
民族	病史陈述者
职业	陈述者签字

主诉：主诉是患者就诊的主要症状、体征及其性质、部位、程度、及持续时间要有先后次序，重点突出，文字要简明扼要高度概括。不能用诊断或检查代替主诉。

现病史：现病史的书写要求

现病史是本次疾病自发病起始、演变、诊疗等全过程的详细记录，其主要内容包括下列几个方面：

1. 起病情况：首发症状发病时间、地点、起病的缓急情况、前驱症状、发病的症状极其严重程度，发病的可能原因或诱因。
2. 主要症状和特点及演变过程：要按其发生先后次序有层次的描述主要症状的性质、部位、程度、持续时间等特点，以及演变发展情况。还应努力找出症状出现和缓解的诱因。
3. 伴随症状：询问了解伴随症状与主要症状之间的联系，进一步判断疾病发生的部位和性质，以及疾病的演变等。
4. 发病以来诊治情况及结果：无论在本院或外院所作检查，诊断治疗结果均要详细记录，病人提供的外院书面资料或口述材料均需加引号（“”），便于与本院资料加以区别。
5. 发病以来一般情况的变化如情绪、精神状态、生活习惯、姿态、睡眠、食欲、大小便及体重变化等，均需记录。
6. 患者属于被杀或其他意外事件与本病有关，更须力求客观如实记录病情及体检情况，不得记录主观推断或猜测，诊断要有根据，经得起法律的考验
7. 与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料，均不能漏记。
8. 与本病有关的过去发病情况及诊治经过需详细记录，不能把其他医院检查、住院经过简单罗列。
9. 与本病无关的其他疾病尚需治疗者，需在现病史中另起一段扼要的叙述。

既往史：

既往健康状况既往史：指患者过去健康和疾病发病或诊治情况，包括

1. 健康状况、疾病史、疫区居住史、
2. 急性传染病、地方病史、职业病史、预防接种史。
3. 手术史、外伤史、中毒史及输血史。
4. 过敏史，重要药物应用史。
5. 系统回顾
 - (1) 呼吸系统：有无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、发热、胸闷、气喘、憋气、盗汗、结核病史等。
 - (2) 循环系统：有无心悸、气短、紫绀、心前区痛、晕厥、下肢水肿、高血压史及心脏病史。

(3) 消化系统：有无食欲不振、反酸、嗝气、恶心、呕吐、呕血、吞咽困难、腹痛、腹胀、腹泻及黑便史、有无黄疸及皮肤瘙痒史。

(4) 泌尿生殖系统：有无尿频、尿急、尿痛、血尿、脓尿、尿路不通、乳糜尿、无尿等，有无夜尿增多以及颜面浮肿史。

(5) 血液系统：有无苍白、乏力、皮下淤血、紫斑及出血点，有无鼻衄、齿龈出血等出血倾向等。

(6) 内分泌代谢：有无发育畸形，巨人或矮小，性功能改变，第二性征变化及性格改变，有无闭经、泌乳、肥胖等改变；有无营养障碍、多饮、多食、多尿、视野缺损等情况；有无皮肤色素沉着、毛发分布异常等。

(7) 运动骨骼系统：有无关节红、肿、热、痛和活动障碍，有无关节畸形、有无脊柱畸形，运动障碍等。

(8) 神经系统：有无头痛、头晕、眩晕、共济失调、抽搐、有无肢体痉挛，肌肉萎缩、瘫痪等。

(9) 免疫系统：有无皮疹、发热、关节痛、肌无力、怕光、口干、眼干、粘膜多发溃疡等。

个人史

出生地、生长地、居住较长的地区和时间、生活习惯、烟酒嗜好史（有烟酒嗜好者应记录其具体情况），婚姻家庭是否和睦，冶游史。女病人要单独说明月经史、生育史；儿童要写明预防接种史、传染病史，有无疫区居留史。工作环境有无毒物及放射物质接触史及社会环境情况。

月经及婚育史

结婚 年龄，配偶健康状况，有无子女，现婚姻状况等。（对妇产科病人，应按其初潮年龄 $\frac{\text{行经期}}{\text{间隔（天数）}}$ 绝经期年龄 专科要求记录之）。

家族史：

家中有无同类病人；直系亲属健康状况；传染性疾病。已故直系亲属的死亡原因；有无遗传性疾病（有的应写父母双方近亲属），如高血压、冠心病、肥胖、哮喘、痛风、糖尿病、肿瘤、癫痫、先天发育异常运动障碍及精神病等。

体格检查（要全面系统从上至下循序进行，以免遗漏）

体温(T)脉搏(P)呼吸(R)血压(BP)根据专科需要酌情要求有身高及体重的记录。

一般情况：发育（正常、异常），营养（良好、中等、不良），体形（肥胖或消瘦，如体形异常者应测身高和体重），体位和姿势（自动、被动、强迫），表情（焦虑、欣快、痛苦），面色（红润、晦暗等），神志（意识清楚、嗜睡、浅昏迷、深昏迷），步态（正常、慌张、跛行等），语言情况（清晰否、流利或呈吟诗样、失语），精神状态：对检查是否合作，回答是否切题，是否慢性病容或恶病质。皮肤、粘膜：色泽（正常、潮红、发绀、黄染），是否有脱水多汗、皮疹、有无疤痕、粘膜溃疡、皮下结节或肿块、瘰管、血管征、蜘蛛痣、色素沉着等，并明确记录其部位、大小及程度，也要记录毛发及必要视察皮肤划痕反应。

淋巴结：全身淋巴结有无肿大，如肿大应注明部位（颈部颌下、耳后、锁骨上凹、腋下、滑车上部及腹股沟等），数量、大小、硬度活动度及有无粘连及压痛，局部皮肤有无红、肿、热、痛，瘰管或疤痕。

头部及其器官：有无畸形、肿物、压痛、头发、（疏密、色泽、分布），有无疖、癣、疤痕。

眼：眉毛（有无脱落）、睫毛（倒睫）、眼睑（水肿、下垂）、眼球（活动情况、震颤、斜视）、结膜（充血、水肿、苍白、出血、滤泡）、巩膜黄染，角膜（混浊、瘢痕、反射），瞳孔（大小、两侧是否等大等圆），对光反应如何及视野有无缺损，鼻泪管是否通畅。

鼻：有无畸形、中膈偏曲或穿孔、有无鼻甲肥大阻塞、分泌物、出血、或通气不顺畅、副鼻窦有无压痛及嗅觉情况等。

口腔：呼气异味，口唇：颜色、疱疹、皲裂、溃疡。牙齿：龋齿、缺齿、义齿、残根、并注明其位置，齿龈：色泽、肿胀、溢脓、出血、铅线、红线、萎缩。舌：形态、舌质、舌苔、溃疡、运动、舌肌萎缩或震颤、伸舌居中或偏斜。口腔粘膜：有无发疹、出血、溃疡及腮腺导管口情况。扁桃体：大小及有无充血和分泌物、假膜、溃疡。咽：充血及反射，有无腺样体增生等，软腭运动情况、悬壅垂是否居中，

吞咽有无呛咳。喉：发音情况。

颈部：是否对称、有无强直、气管是否居中甲状腺大小、硬度、对称、有无结节、移动性、有无震颤、杂音、颈动脉怒张。

胸部：外形：对称、弹性、畸形、肋骨间隙宽窄、有无骨折、有无隆起、异常波动、静脉怒张、压痛、呼吸状态（频率、节律、深度），乳房（大小、色泽、外观是否对称），皮肤改变、有无肿块、乳头抬高、凹陷及分泌物。

肺脏：

望诊：呼吸类型、胸式或胸腹式活动度（两侧是否对称）、呼吸速度和特征、肋间隙（增宽、变窄、隆起或凹陷）。

触诊：语颤、皮下念发音、压痛等。

叩诊：叩诊音（清音、浊音、空壳音、实音、异常者应注明部位）。肺肝相对浊音界在第几肋、肺下界、呼吸时肺底活动度。

听诊：呼吸音的性质、强度（减低、增强、消失）、有无干湿罗音、语音传导是否正常。有无胸膜摩擦音、哮鸣音。

心脏：

望诊：心前区是否有异常搏动及隆起，心尖搏动位置和特点（范围、强度）。

触诊：心尖搏动的性质及其位置、范围，有无震颤（部位、时间和强度）。

叩诊：心脏左右浊音界、大小、位置、具体测量图示。

	MCL	
右	肋间	左
	II	
	III	
	IV	
	V	

听诊：心率（次/分）、心律（是否整齐）、心音（增强、减弱、分裂、P2 与 A2 的比较、额外心音、奔马律）。杂音的部位、性质、传导性、传导方向、强度。心包摩擦音）。

血管：桡动脉：脉率、节律（规则、不规则），奇脉、左右桡动脉搏动的比较，动脉壁的性质、紧张度、硬度。股动脉及肱动脉有无枪击音。

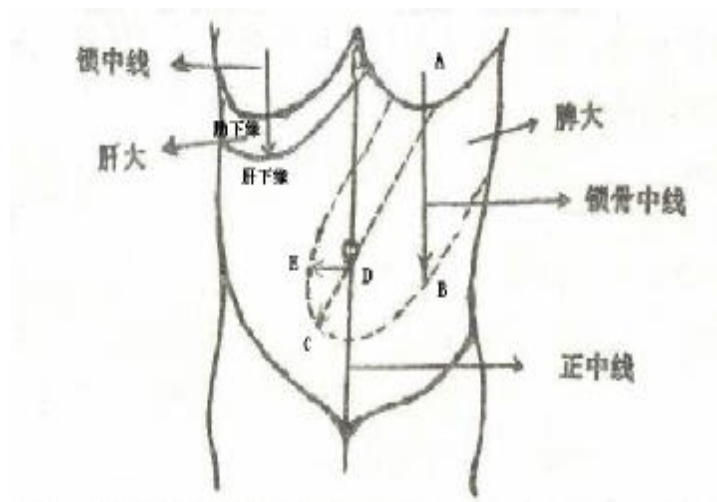
周围血管征：毛细血管搏动征、射枪音、水冲脉、动脉异常搏动，Duroziez 氏征（杜、罗氏征）。

腹部：

望诊：形态（对称、膨隆、凹陷、舟状腹、尖状腹）、呼吸运动、皮疹、条纹、疤痕、体貌、脐疝、静脉曲张与其血流方向、分布、胃肠形、蠕动波、腹围测量（有腹水或腹部包块时）、腰部有无隆起。

触诊：腹部柔软、紧张、有无压痛（压痛部位及程度）、反跳痛、拒按或喜按、有无移动性浊音、包块（部位、大小、形状、软硬度、压痛、移动度）。肝脏：大小（肝上界以肋间计、下界以厘米计），质地：柔软、中等、硬、坚硬、边缘钝或锐、压痛、表面光滑与否、有无结节、如有腹水叩诊不满意时，可用沉浮法探知其大小。胆囊：可否触及其大小、形态、压痛、莫菲氏征。脾脏：可否触及其大小、形态、硬度、压痛、表面光滑度及边缘顿和锐。

叩诊：鼓音、肝脾浊音界（上界以肋间计、下界以厘米计）、有无移动性浊音、肝区叩击痛。肝脾测试图：见图示，并记录以下三条线：第一线是 AB 线，是左锁骨中线与肋下缘之交点至脾下缘之垂直距离；第二线是 AC 线，是自锁骨中线与肋下缘之交点至脾尖（最远边缘）之距离；第三线是 DE 线，是脾的最右缘至脐（或正中线）之水平距离，脾右缘过脐者记为正数，未过脐者记为负数，尚需注意其硬度、表面光滑度及触痛等，肝脾浊音界（上界以肋间计、下界以厘米计）。如图示：



听诊：肠鸣音（正常、增强、减弱、消失、气过水声、金属音、次/分）、血管杂音，并记录其部位及性质等。

距离测量一律用厘米（CM）计，误差不得大于 0.5 厘米。

肾脏：双手触诊其大小、硬度、移动度、压痛、叩击痛，有无移动性浊音、肾区有无叩痛、输尿管走行区及膀胱有无压痛。

生殖器：男性：阴毛分布、阴茎发育有无畸形，睾丸有无红、肿、热、痛、变硬、肿块等，包皮、附睾及精索有无异常，有无鞘膜积液。女性：阴毛分布、外阴发育、阴道分泌物、子宫颈等根据病情，必要时请专科医师检查。

直肠肛门：体位、有无肛裂、痔疮、脱肛、肛痿、溃疡、湿疣等，肛门、直肠指检：狭窄、包块、压痛，前列腺肿大及压痛、硬结、包块，指套有无脓血。

脊柱：有无畸形：（侧突、前突、后突）、有无强直、叩压痛，运动是否受限、脊柱两侧肌肉有无紧张、压痛。

四肢：有无畸形、杵状指、指或趾畸形、四肢肌力、张力如何、有无压痛、有无外伤、骨折、肌萎缩、肌张力情况。关节有无红肿、热、痛、压痛、积液、脱臼、活动度、有无畸形、强直、下肢有无水肿、静脉曲张、溃疡、瘢痕、橡皮腿等。

神经系统：

1. 浅感觉：痛觉、温度觉、触觉。深感觉：音叉震动觉及关节位置觉。

2. 运动：肌肉有无紧张及萎缩，有无瘫痪（部位和程度、系迟缓性或痉挛性），有无不正常的动作，共济运动及步态如何。生理反射：常见检查如下：

（1）浅反射：腹壁反射、跖反射、提睾反射及肛门反射。

（2）深反射：二、三头肌反射、挠骨膜反射、肌腱反射、跟腱反射。

3. 病理反射：在一般情况下检查：弹指反射(Hoffman 式征)，趾伸拇反射（Babinski 氏征，具有同样意义而检查法不同者有 Gordon 氏征、Chaddock 氏征）、脑膜刺激征（Kerning 氏征）、坐骨神经痛时的直腿抬高试验、曲髋伸膝（Lasague 氏征）。

专科检查：专科情况应当根据专科疾病的特殊情况及检查特点记录。“专科情况”是在体格检查结束后，在左边上下与主诉、现病史、既往史对齐并写明“专科情况”，然后接着叙述。

辅助检查：辅助检查是指入院前所做的与本次疾病相关检查结果，应按着检查报告的时间先后顺序记录，外院所做的检查报告应加以注明日期和该机构名称。

病历摘要

(病历摘要是住院病历的一部分,由实习医师书写,对病历进行高度总结,对于病史、体检、辅助检查等主要资料摘要叙述阐明诊断根据,写出病历的特点)。

确定诊断: 主要诊断:
其他诊断:

入院诊断: 主要诊断:
其它诊断:

(入院诊断须分清主要诊断、并发症诊断、伴随疾病,写在右下角,须按着前面的“疾病诊断填写原则”要求填写。经治医师书写的诊断不够全面或不够准确时,上级医师应当在左下角处写上确定诊断或修订诊断)。

上级医师签名:

住院医师签名/实习医师签名

六 入院记录书写内容、格式及要求

入院记录应在病人入 24 小时内完成,如有特殊情况实习医生书写的入院记录须由住院医师签名。书写格式如下:

入院记录

姓名:	职业:
性别:	通讯地址:
年龄:	入院日期:
婚姻:	记录日期
民族:	病史陈述者:
籍贯:	陈述者签字:

主诉:
现病史:
既往史:
个人史:
月经生育史:
家族史:

体格检查

专科检查:

辅助检查:

确定诊断: 主要诊断:

其他诊断:

入院诊断: 主要诊断:

其他诊断:

上级医师签名:

住院医师签名:

七 再入院记录的书写内容、格式及要求

(一) “第次入院记录”(以入本院总次数计算)病人姓名: 性别: 年龄:

(二) 主诉: 应为本次入院主诉。

(三) 现病史: 由两种描述方法:

1. 过去和本次入院是一个系统的疾病, 则应在现病史内分别另起一行, 将历次入院经过的次数、日期和病史做精炼的小结(住院的病情、症状、体征、化验检查、治疗、主要使用药物及效果、以及新出现的情况、病理诊断、出院时病情及出院医嘱), 最后写本次住院问题。

2. 过去住院的疾病和本次疾病完全无关, 则按住院病历和入院记录要求书写, 而把历次入院次数、日期及简单经过写入既往史。对既往曾在本院或其他医院住院治疗过的其它系统疾病, 本次住院仍需继续诊治的, 可在现病史内另起一行记述。

(四) 在教学医院不管是第几次入院, 实习医师都应按第一次入院写住院病历(俗称大病历), 住院医师写入院记录。

现病史第一种描述方法的格式:

第 次入院记录

姓名 性别 年龄

主诉(写本次入院的主诉)

现病史 第一次入院(XX年X月X日-XX年X月X日)

第二次入院(XX年X月X日-XX年X月X日)

第三次入院(XX年X月X日-XX年X月X日)

第四次入院(XX年X月X日-XX年X月X日)

本次住院 (XX年X月X日-)

既往史

体检检查

辅助检查

确定诊断: 主要诊断:

入院诊断: 主要诊断:

其他诊断：

其它诊断：

上级医师签名：

住院医师签名：

八 入出院记录书写内容、格式及要求

主要对住院不足 24 小时内出院、自动出院、转院、逃费、拘捕等各种理由而离开医院的病人，有生命危险的应由病人或法定代理人或近亲属签字后可以离院，转院的加写病历摘要。入出院记录必须在病人离院 24 小时内完成。入出院记录代替了住院病历、入院记录、再入院记录。、已写了住院病历、或入院记录、或再入院记录的，再写出院记录和填写病历首页即可（不用再写入出院记录）。

入出院记录格式

1. 一般项目：姓名、年龄、性别、职业、入院时间、出院时间、住院 天或 小时。
2. 简要病情（包括主诉和病史）：
3. 入院诊断：
4. 诊治经过：着重说明出院原因。入院后作了那些检查和治疗，入院病情变化，例：发热感冒、化疗病人白血球低；个人原因，月经提前、家中有急事等，医院的条件较差；医师收病人住院适应症不符；手术适应症不强；记录清楚出院原因并填写病历首页即可。。
5. 出院诊断
6. 出院医嘱（有的写、没有可不写出院医嘱）

住院医师签名：

九 病程记录书写内容、格式及要求

（一） 首次病程记录的书写内容要求

急危重病人的首次病程记录要求 8 小时内完成，另页从头书写。内容包括：病例特点、拟诊讨论、（着重论述诊断依据、鉴别诊断）、诊疗计划。要求抓住重点、有分析、有见解、充分反映出医师临床思维活动情况，一般先讨论最明确的疾病，用分析及推理的方法提出诊断依据，按主次先讨论主要疾病，后讨论次要的并发症及伴随疾病作出鉴别诊断。对于难以诊断或待诊的病例，需按诊断可能性大小进行肯定和排除，留下可能性较大的诊断，在拟诊和排除诊断时需提出所应作的关键性的实验室化验及特殊检查。最后提出可行性诊治计划，不要写不属于诊疗计划的内容，如“请示上级医师……”等字样。

首次病程记录格式：

年 月 日 时 分

姓名： 性别： 年龄：

入院诊断：

病例特点：

诊断分析及鉴别诊断：

诊疗计划：

医师签名：

（二） 日常病程记录书写内容要求

1. 可由住院医师及实习医师书写，实习医师书写完毕时必须经上级医师审核并签字。病程记录接着首次病程记录、转出记录、转入记录、交班记录、接班记录、术后首次病程记录、疑难病历讨论记录、或阶段小结后书写，但要另起一行，必须标明记录日期，危重病人要记录具体时间。要求住院医师写的病程记录内容文字清晰简练、及时准确、重点突出、讨论分析深入，应及时、客观记录病人的症状、体征及一般情况，如情绪、神志、饮食、行动、睡眠、体温、大小便，同时对新出现的病情变化，以及并发症及可能发生的原因加以讨论。记录所施行的治疗措施理由，所得到的效果及出现的不良反应，记录病人住院期间全部诊疗过程。也要客观的记录上级医师查房意见，从病程记录中能明显的反应出三级医师查房内容和标示。

2. 急、危、重病人每天随时记录病情变化，术后前三天每天记录病情，有手术者或主治医师的查房记录，每两周做一次阶段小结。普通病房的一般病人三至五天记录一次。慢性病人（如：肝炎、结核、矽肺等）病程记录五天记录一次，每个月做一次阶段小结。

3. 主治医师应结合病人病情，学习翻阅文献资料对病人的诊断和治疗提出个人的见解。更改医嘱时要说明停止治疗方案和增加治疗措施的理由，内容要具体。

4. 化验结果及特殊检查结果要加以判断，做前后对比分析在治疗上的意义，应采取哪些治疗措施，记录要具体。

5. 诊治过程中各种有创性诊断和治疗操作（例：各种插管造影、介入治疗、大的穿刺及活检等）。术前要有病人或委托人签名的知情同意书，术后要详细记录。

（三） 三级查房记录书写内容要求

1. 对住院医师要求：每天早晚各查房一次，病程记录需及时准确的反映病情变化和“三级查房”的情况，住院医师应详尽记录上级医师查房时对病情的分析意见，重要医嘱及更改医嘱的理由，用药及换药的根据等。应记录发言人的姓名、职称及具体发言内容，不能写多个发言人的综合意见。

2. 对主治医师要求：手术后前三天和病危患者入院后每天要有一次主治医师查房记录。病重患者入院，次日要有上级查房记录，以后每日一次或隔日一次。一般病人入院后，主治医师首次查房不得超过 48 小时，第二次查房与第一次查房的间隔不得超过三天。首次查房要求核实下级医师书写之病史有无补充，体征有无新发现，诊断是否正确。讲述诊断根据和鉴别诊断，提出下一步治疗计划和具体医嘱。慢性病人查房根据病情一般每周 2 次，间隔时间最长不超过 7 天，节假日包括在内（疗养性的医院另订）。

3. 对主任医师及副主任医师查房记录的要求：对危、重、疑难、少见病例、新开展有风险检查、治疗、手术病例，应有专业组正副主任医师或科主任结合国内外先进经验和知识查房，及时解决医疗疑难问题。

（四） 教学查房内容要求

1. 教学医院不仅应有大批丰富临床经验的讲师和教授，重要的是应有极强的教学意识。各级医师应当非常重视临床教学工作，不断向实习医师、住院医师、进修医师传授先进的理论知识，高超的业务技能和管理经验，优良的服务质量和高尚的医德医风。才能把下级医师培养成为一流人才。

2. 教学查房是三级查房的一部份，应融入到三级查房当中，其内容应是很广泛的，应包括病房内所有病例，特别是典型病例、少见病例、疑难病例、急危重病例、纠纷病例、差错病例、事故病例、出院病例死亡病例、新开展有风险检查、治疗、手术病例，应结合病例讨论进行教学查房。

3. 教学查房应由科主任、教学主任、专业组主任或主治医师带领下级医师进行教学查房或病历讨论，实习医师或经治医师应事先做好病例内有关检查和结果资料的准备，然后报告病例，介绍病情和诊治问题，高年资医师负责分析和解答下级医师所提出的各种问题，最后由教授或主持教学查房的主任或主治医师做出综合性讨论总结。教学查房中体现出当前国内外医学发展的最新进展和水平。

十 交接班记录书写内容、格式及要求

交、接班记录系经治医师在临床工作调班之际，对经管病人的病情所做的简要小结，交、接班的日期应相同，以保证对病人的诊治连续性。交、接班记录应紧接着病程记录后书写，在 24 小时内完成。

1. 交班记录格式：

时间：
入院诊断：
诊治过程（简要病史摘要）
目前情况
目前诊断
注意事项：

医师签名：

2. 接班记录格式

时间：
目前诊断：
接班时的病史摘要：
治疗计划：

医师签名：

十一 转科记录书写内容、格式及要求

转科记录是病人住院期间出现其它科病情，经过会诊后同意转入他科诊治的记录。由转出科室住院医师书写转出记录，接受科室住院医师书写转入记录。要求转出记录在转出之前完成，转入记录 24 小时内完成，转出转入日期应一致。转科时未写住院病历或入院记录或首次病称记录的，由首诊科室（转出）医师书写。

1. 转出记录格式：

姓名： 性别： 年龄：
入院情况：
入院诊断：
诊治经过：（包括会诊情况、转科原因）
转出情况：

转出诊断：
转出目的：
注意事项：

医师签名：

2. 转入记录格式

姓名： 性别： 年龄：

转入时间：
转入诊断：
转入病情：（转入时症状、体征、治疗情况）
治疗计划：

医师签名：

十二 会诊记录书写内容、格式及要求

请求会诊是病人在住院期间出现其他科情况，需请求其它科室或者其它医疗机构协助诊疗时。申请会诊记录应有主治医师提出，住院医师书写。接到会诊单的科室，一般应于 48 小时内完成会诊，急诊会诊应立即进行，请外院专家会诊视情况而定。如指明请 XXX 医师或专家会诊，邀请科室的会诊单上应有主治医师的亲自签名。请 XXX 专家会诊时，邀请会诊的科室医师要简要介绍本科病人的病情及诊治经过，所出现的他科症状、体征、有关检查结果及初步意见，请求 XXX 科会诊的理由和目的。会诊医师会诊后，应书写会诊医师所在科室或医疗机构名称、会诊意见、会诊医师签名、会诊日期。会诊记录内容格式：

1. 申请会诊单格式

申请时间：

科别： 病人姓名： 性别： 年龄： 床号： 住院号：

病情简介：

入院诊断：

会诊目的：

医师签名：

2. 会诊记录格式

会诊科室：（或医疗机构）

会诊时间：

简要病情：

会诊诊断：

处理意见：

医师签名：

十三 疑难病例讨论记录书写内容、格式及要求

疑难病例讨论记录是指由科主任或正、副主任医师或主治医师主持，召集有关医务人员对确诊困难或疗效不佳的疑难病例讨论记录。（应包括有医疗纠纷、差错、事故的病例）

疑难病例讨论记录格式

病人姓名： 性别： 年龄： 床号：

时间：

地点：

主持人及参加人员姓名、专业技术职务：

讨论意见：

经治医师签名：

十四 抢救记录书写内容要求

病人病危家属又不在现场时，要给病人家属送书面病危通知书，一式三联，一联交病人家属，二联报医务处，第三联贴在化验粘帖单上，并有家属的回执签字；家属在场时把病情写在病程记录上，并向病人家属介绍病危情况，应让家属签字。

1. 抢救记录应由在场的住院医师详细及时记录，要详细叙述病情变化经过情况，按时间顺序记录所采取的具体措施，如药物治疗（药名、药物剂量），气管插管，呼吸机的使用，心肺复苏，除颤器的使用。对发现的情况，所采取的抢救措施均要记录具体时间。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。

2. 要记录参加抢救的上级医师及护理人员姓名及职称，也要记录在现场的患者亲属姓名及关系，以及他们对抢救工作的意愿、态度和要求。

3. 抢救失败而死亡的病人，应动员家属同意尸检，尤其对诊断不清、少见病、有科研价值的病种更需积极争取。动员尸检成功应记录争取尸检医师的姓名，同时记录患者亲属、工作单位领导姓名及对尸检的意见。为争取时间，应当及时填写

4. 尸检同意书，请直系亲属、单位领导签名。

十五 阶段小结书写内容、格式及要求

阶段小结是指经治医师对急危重病人住院两周，慢性病人住院每月做一次阶段小结。交、接班记录可以代替阶段小结。

阶段小结格式：

入院日期：

病人姓名：

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：

小结日期：

年龄：

性别：

经治医师签名：

十六 手术前小结书写内容、格式及要求

手术前小结是指在患者入院一周或一周以上的手术前一天，由经治医师对患者入院以来病情所做的手术总结，中等以上的手术还必须做手术前讨论。

手术前小结格式

简要病情：

术前诊断：

手术指征：

拟施手术名称和方式：

拟施麻醉方法：

可能出现的并发症：

手术前准备及预防：

经治医师签名：

十七 手术前讨论记录书写内容、格式及要求

（一） 一般要求：患者入院一周或一周以上的要作手术前小结，中等以上的手术（由外科系统各学科自己界定）必须有术前讨论。中等以下手术前讨论由科主任或正、副主任医或主治医师主持。经治医师

- (二) 麻醉前必须由病人、近亲属或法定代理人同意选择的手术方法并在麻醉知情同意书上签字。
- (三) 麻醉记录应另页书写或专门设计麻醉记录单，要求认真填写各项目。
- (四) 麻醉过程，要认真监测各项目，每隔 5 分钟记录一次。
- (五) 重要的手术步骤应详细记录。
- (六) 麻醉中用药、应按时按量如实记录。
- (七) 麻醉结束之后病人的情况应客观记录。
- (八) 应认真完成麻醉小结。对麻醉意外的病人要认真总结经验教训。
- (九) 做好麻醉后随访工作。

二十 麻醉记录书写内容要求

麻醉记录是指麻醉医师在实施麻醉中书写的麻醉经过和处理措施的记录，麻醉记录应在另页麻醉单上书写，内容包括病人的姓名、性别、年龄、科室、床号、病案号、手术日期、麻醉前一般情况（急、危、重，）状态（优、中、差）神智（清醒、浅昏迷、深昏迷）身高、体重、体温、脉搏、呼吸、血压、血色素克数、红血球压积、白血球计数、血型、体表面积、手术前出入量、术前出血量、麻醉前用药、术者、助手（第一、二、三）术前诊断、术中诊断、麻醉方法、体位、（卧、侧卧、腹卧）麻醉期间用药及处理、手术起止时间、麻醉起止时间、麻醉期间出入量、术中出血量、术中输血量、麻醉中麻醉后病人体温、呼吸、心率、脉搏、血压、神智变化、麻醉师签名等。

二十一 手术记录书写内容、格式及要求

手术记录由手术者书写，特殊情况下由第一助手代写手术记录，必须由术者审校和签字，应于手术后 24 小时内完成。手术记录应当另页书写。手术中改变手术方案时，必须事前征得病人近亲属或法定代理人同意和签字后方可执行。

- (一) 一般项目：（病人姓名、性别、病房、住院号）；
- (二) 术前诊断
- (三) 术后诊断
- (四) 手术名称
- (五) 术者及助手
- (六) 麻醉方法、麻醉师姓名、器械护士姓名
- (七) 手术开始时间，终止时间
- (八) 手术经过：

1. 体位

2. 消毒方法

3. 切口及组织分层解剖

4. 手术步骤：探查所见，病灶情况（部位、大小、形态、以及与周围组织的关系等，必要时绘图表示），切除范围，缝合方式，缝线种类与规格，特殊补片或移植物种类，来源与规格，厂商名称。引流物名称及数量，放置部位，创口处理方式等。术中给予的特殊处理（如气管切开，呼吸机的使用，或体外循环，除颤器的使用等）均作扼要说明。

5. 如改变原手术计划，需阐明理由，并征求直系亲属的意见签字后执行。

6. 要记录术中出入量（出血量、输血量、输液量、引流量、尿量、脓液量、渗液量等）。

7. 简要描述切除肿块大小、性质、剖面所见情况，术中是否做石蜡、冰冻切片、标本定性以及手术后标本是否送病理科。

8. 术中麻醉及麻醉中病人情况以及所发生的意外情况、麻醉效果等。

9. 缝合伤口前清点手术器械和敷料。

(九) 术中所使用的特殊置换物，如人工晶体、人工耳蜗、人工股骨头、心脏起搏器、各种支架、疝气补片等材料，或移植的组织、器官，要将其名称、型号、产地、厂商、使用期限的说明等贴在病历上备查。

二十二 手术后首次病程记录的书写内容、格式、及要求

(一) 手术后首次病程记录应另页书写，在手术结束返回病房之后，由参加手术的主治医师（或第一助手）即刻书写完毕，并向值班医师、护士交待手术中、术后相关事宜，方可离开病人。

(二) 手术后首次病程记录，首先应记录何时、何种麻醉、何种手术方式，经过要点，病理标本是否送病理科确定。是否放置引流条、引流管、特殊化疗管。术中出入量（出血量、引流量、尿量、输血量、输液量）用药剂量，术中术毕病人的状态、神志，生命体征，T、R、P、HR、BP 等情况。

(三) 术后注意事项，要根据各科疾病特点而写。

(四) 术后处理意见。

手术后首次病程记录书写格式：

时间： 年 月 日 时 分

床号：

病人姓名： 性别：

年龄：

术前诊断：

手术所见及经过：

术后诊断：

术后注意事项：

术后处理意见：

医师签名：

二十三 出院记录的书写内容、格式及要求

(一) 由主治医师书写（在教学医院可由实习医师书写，但必须有上级医师的审核签名），出院记录应另页复印书写，在 24 小时内完成。因内、外科在诊疗经过中的侧重点不同，应分内、外两个系统的出院记录。

(二) 一般项目：姓名、性别、年龄、入院日期、手术日期、出院日期、住院天数

(三) 入院时情况（包括主诉、简要病史、主要的体格检查、辅助检查）

(四) 入院诊断

(五) 诊治经过：住院期间病情演变过程需详细书写，检查化验结果主要项目要详细具体，甚至病理或造影等重要报告结果要将其抄入，详述诊疗经过和治疗结果。特殊用药及治疗（如激素、化疗、冠状动脉支架置放术、放疗等），要注明药名、使用剂量、总剂量、时限及拟继续使用的疗程、总剂量和具体办法。必须记录出院前一天病人的生命体征，是否还有症状、阳性体征和化验结果，诊治还存在什么问题。外科手术病人要注明麻醉方法、手术日期、手术名称、有无术中术后并发症、伤口愈合情况、是否留置引流管或固定装置、病理结果等情况，

(六) 出院情况：应当详细介绍病人疾病或术后恢复情况，出院时病人的状况，对病人住院期间治疗效果及预后做出客观的综合性的评价。

(七) 出院诊断：出院诊断应根据理化、影像、病理检查和手术结果做出综合性、全面的最后诊断。

出院记录、出院证明书上的出院诊断应与病历首页的出院诊断相一致，不能前后矛盾。字迹要清楚，诊断要用中文全称，如加写英文诊断要在中文诊断后面的括弧内。诊断要符合国际疾病分类 ICD-10 的规定。

（八） 出院医嘱：出院休息，出院后注意事项，要求具体，如定期复查血象，在医师指导下逐渐递减激素用量等，以及随诊日期，复查内容等等都要向病人交代清楚。

（九） 出院带药：应该写清楚药名、剂量、用法、用量、给药途经等，总量不超过一个月。

出院记录书写格式

病人姓名： 性别： 年龄：
入院日期： 手术日期： 出院日期： 住院天数：
简要病情：
入院诊断：
诊治经过：
出院诊断：
出院情况：
出院医嘱：
出院带药：

经治医师签名

二十四 死亡记录的书写内容、格式及要求

死亡记录（包括 24 小时内入院死亡）由经治医师书写，死亡记录应另页书写。要求死亡记录在患者死亡后 24 小时内完成。

危重病人入院后来不及写住院病历或入院记录的应先写首次病程记录，可以在首次病程记录后直接写抢救记录，病人成活后另页补写住院病历或入院记录，抢救未成功病人死亡了，要另页书写死亡记录。

死亡记录书写内容格式。

（一） 一般项目：姓名、性别、年龄，入院日期、手术日期、死亡日期、共住院日。

（二） 入院时情况（包括主诉、简要病史、主要的体格检查、辅助检查）

（三） 入院诊断

（四） 住院治疗经过：住院后病情演变和治疗经过，病情突然恶化的具体时间，病情恶化后抢救经过，上级医师指导抢救的具体治疗抢救措施及其他科室会诊意见。要记录死亡（呼吸心跳停止）具体时间（年、月、日、时、分），证明死亡的依据如心电图直线显示。

（五） 死亡原因：不能写呼吸循环衰竭，而写导致病人死亡的直接疾病或情况。

（六） 死亡诊断：应由参加抢救的最高年资医师确定。

（七） 对死亡记录要求由经院医师和参加抢救的高年资医师双签名确认。在院内病房以外环境时又没有高年资医师在场不要求双签名。

（八） 病人死亡后应积极争取家属同意尸检。

死亡记录的书写格式

病人姓名： 性别： 年龄：
入院日期： 手术日期： 死亡日期： 共住院日：
入院病情：
入院诊断：
诊治经过：
死亡原因：
死亡诊断：

上级医师/经治医师签名

二十五 死亡讨论记录书写内容、格式及要求

对每个死亡病例都应做死亡讨论（包括在医院内自杀或他杀等意外死亡），死亡讨论须在患者死亡后一周之内完成，根据病情可简可繁。

- (一) 一般由科主任或正、副医师或主治医师主持，经治医师作记录。
- (二) 记录讨论日期、地点、参加人员的姓名职称；详细记录个人发言的具体内容。
- (三) 如有必要时，召集全病房的各级医师、护士、麻醉师或有关科室医师参加讨论，从服务质量、技术水平、管理质量上查找原因，吸取经验教训，结论性讨论意见，以及从具体病例中有所发现有所提高。
- (四) 要有详细认真的记录并归入病历中保存，（或单独保存）科室要有存底备查，要求记录人及主持人双签名。

死亡讨论记录格式

讨论时间:	地点:	
病人姓名:	性别:	年龄:
入院日期:	手术日期:	死亡日期: 共住院日:
参加人员:		
简要病情:		
诊治抢救经过:		
死亡原因:		
死亡诊断:		
经验教训:		

上级医师/经治医师签名

二十六 《死亡证明书》书写内容要求

由经治医师或主治医师在病人死亡后立即填写（最长不得超过 24 小时）。《死亡医学证明书》分两种：《北京市居民死亡医学证明书》、《北京市外来人口医学死亡证明书》，为五联（一联由开出单位留存，二联由开出单位收集定期报区县卫生防疫站，三联由户口登记机关收集定期交卫生部门，四联由户口登记机关留存，五联为死亡殡葬证，办理殡葬手续使用）和调查记录，共六部分。填写此表应和死亡记录、出院病历首页的诊断相一致，如有困难，应请示参加抢救的最高年资医师并依其意见为准，填写时必须严肃认真，不得前后矛盾，马虎草率。

二十七 病历中的其他记录书写内容要求

- (一) 医嘱单的书写要求: 医嘱单的各个项目(姓名、科别、病房、床号、页码、病历号)要填写齐全, 字迹清楚。医师开出和停止医嘱的日期时间要明确, 签名。长期医嘱要说明护理级别、饮食种类、特殊医嘱、用药名称及剂量、用法、给药途径。执行医嘱时, 护士要写清时间, 签名。及时准确地将所做的各项检查及操作名称登记在临时医嘱单上, 避免漏费、多收费现象。
- (二) 体温单书写要求: 要如实记录体温单上的各种检测数据, 非入住病房所测得的数据不得记入。入院日期、住院天数、手术日期、特殊治疗、血压、体重、液体入量、尿量、大便次数、其它排出量记录准确, 呼吸、脉搏、体温、图示清楚。

二十八 门、急诊病历书写基本要求

门诊病历主要指门诊大病历、门（急）诊医疗手册和急诊观察记录（院前抢救记录和社区保健记录在后面单讲）。

1. 门诊大病历中每张病历序页应填写姓名和病历号。
2. 门诊病历应用蓝黑色钢笔或圆珠笔填写，字迹要清楚、整洁、不得涂改，由接诊医师在患者就诊时及时完成。
3. 患者每次就诊均要求书写门诊病历。第一次在某科就诊按初诊病历记录要求；复诊、随诊、取药的门诊记录按照复诊记录要求。
4. 门诊初诊病历应包括：日期、科别、主诉、现病史、既往史；阳性体征和必要的阴性体征，辅助检查结果、诊断、处理意见、医师签名。
5. 各种检查申请单、化验单应按照要求逐项填写（年龄要写具体，不能写“成”），字迹清楚，并把检查项目及结果记录于病历中。
6. 诊断证明、病假证明均应复写记录到病历上。
7. 门诊病人如果三次不能确诊者，经治医师提请上级医师会诊，或门诊会诊讨论，或收入住院诊治，尽快解决诊断与治疗的问题。凡请示上级医师的事宜，上级医师的诊查过程或指示，均应记录在病历中。
8. 向患者或家属交待过的病情应复写在病历上。
9. 门诊病人需做有创性检查或手术治疗者，患者及家属需在知情同意书上签名。
10. 处方的项目应填写齐全。要写清药名、剂量、总量（片、支、丸等）、用量、用法。处方应与病历中的医嘱一致。

二十九 门诊病历书写、格式及要求

（一） 门诊病历首页：包括：门诊病历号、姓名、性别、出生年月日、职业、身份证号码、就诊卡号、过敏药物、工作单位、家庭住址、联系电话、首诊科室、首诊日期。

（二） 门诊病历书写格式

就诊日期，科室：

主诉：

现病史：

既往病史：

查体和转科情况：

辅助检查结果：

初步诊断：

诊治意见：

医师签名：

（三） 初诊病历记录要求

1. 一般项目：要求有就诊日期年、月、日（根据病情记录具体时间）、科别、姓名、性别、年龄。
2. 主诉：患者就诊的主要症状及持续时间。要求精炼。
3. 现病史：全面记录病人此次就诊的主要病史。内容包括：发病情况，主要症状、体征的特点及演变情况，伴随症状，发病以来在外院的诊治情况及结果。因何来门诊就诊，要求突出重点和特点。
4. 既往史：记录于本病有关的疾病。
5. 体格检查：一般情况，血压、浅表淋巴结、心肺、肝、脾情况，可以用图示。与主诉有关的常规查体不能漏项。

6. 诊断：

(1) 临床诊断的书写，对已明确诊断的要写出中文诊断全称，已明确诊断的临床病理分型也要写出具体内容。

(2) 不能明确诊断的应写出症状诊断，在待查下面写出临床上首先考虑的可能性诊断。

(3)

7. 处理意见：

(1) 记录所开各种化验及影像学检查项目。

(2) 记录所采取的各种治疗措施

(3) 处方应有药物名称、剂量及用法。

(4) 出具诊断证明书及其他医疗证明书时，要将其内容复写记录在病历内。

(5) 记录向患者交待的重要注意事项。

(6) 如病情需要及时会诊时，会诊的科室医师要将会诊后的检查情况及处理意见写在病历上，立即转回。

8. 医师签名，要求医师签出能辨认的全名。

(四) 复诊病历记录要求

1. 一般项目：就诊日期、科别

2. 主诉：简明扼要。

3. 现病史：重点记录经过治疗后的效果及病情变化。

4. 体格检查：根据病情变化记录必要体格检查。

5. 辅助检查：将阳性和重要的阴性检查结果抄写在记录中。

6. 诊断：如无变化，可以简略；如有变化或换了医生，则应写出即时的诊断。

7. 处理意见。

8. 医师签名：要求医师签出能辨认的全名。

(五) 门诊有创性操作和门诊手术记录：凡做门诊有创性操作和手术均要有有创性操作和门诊手术知情同意书，可以在门诊病历或门诊医疗手册中书写，不用专门手术记录或另页书写。但应写明手术日期、麻醉方法、手术名称、术中简要情况、标本肉眼所见、是否送病理检验、术后医嘱、术后治疗、休息、拆线、复查、最后术者签名等。

三十 急诊病历书写内容、格式及要求

(一) 急诊观察记录首页的内容、格式及要求

1. 急诊观察病房床位是法定住院床位的病人有关病历书写和病历管理必须按入院情况对待，不是住院法定床位，只是急诊观察病床可以设计急诊观察记录首页，写急诊观察记录。

2. 急诊观察记录首页内容应有病案号、科别、病人姓名、性别、出生年月、婚姻、职业、籍贯、工作单位、永久地址、联系人、电话、邮编、付款方式（医疗保险、社会保险、大病统筹、公费医疗、自费、其它），留观日期（年、月、日、时、分、）离开日期（年、月、日、时、分）共留观时间、（ 小时、

天），初步诊断：（主要疾病、并发疾病、伴随疾病），出院诊断：（主要疾病、并发疾病、伴随疾病），死亡日期： 年 月 日 时 分，死亡原因：治疗结果及转归：（痊愈、基本痊愈、好转、无变化、恶化、死亡），入出院诊断符合：（符合、大致符合、不符合、待诊），病人去向：（住院、转院、出院、自动出院、拘捕、逃离、死亡、其它），急诊检查：（化验、影像检查（x光、ct、B超、核磁、结肠造影、血管造影等）、胃镜、腹腔穿刺、腰椎穿刺等），急诊处置：洗胃、胃肠减压、三腔管压迫止血、调搏、胸腔穿刺引流、颅骨穿刺减压、脑腹透析、呼吸器正压给氧、心电复苏、气管插管、气管切开、开胸心脏按压、外伤、骨折处理、手术等。：签字：科主任、主治医师、经治医师、进修医师。

(二) 急诊观察记录书写格式及要求

1.普通急诊病历书写内容、格式及要求应参照门诊病历内容、格式及要求，也可以使用门诊医疗手册。

2.危重病人、诊断困难病人需要抢救或观察治疗时，应建立急诊观察记录，医师写急诊观察记录。

3 急诊观察记录书写内容、格式及要求应与入院记录书写内容、格式及要求相一致，可以根据入院记录的内容、格式及要求设计表格病历并使用。

4 在急诊观察室或抢救室中的病人诊治过程和病情变化应在病程记录有明显体现，每一班的医师至少记录两次，每次记录要求有生命体征检测数据，时间应精确到分钟。特别是危重抢救或死亡抢救的病人要及时记录病情变化，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，并加以说明。

5.在病人病情稳定后或须住院时，可以离开抢救室或观察室（包括 ICU,CCU ,RCU）时，必须有出室小结，要说明病人出室去向（入院、转院、回家、死亡等）。

6.急诊观察或抢救室的病人被收入本院科室不用写出院记录或转出记录，应写出室小结。转院或回家的病人应写出院记录。死亡病人应写死亡记录。

7.自动出院的病人应该有病人或近亲属或法定代理人，在病历中或知情同意书中签字才可放病人出院。

8.急诊有创性检查、有创性处置、有创性治疗、手术必须有患者、近亲属、法定代理人签字的知情同意书方可执行。

（三） 急诊观察记录首页

医院急诊观察记录首页

病历号:

科别: 会诊科别: 药物过敏 青霉素 磺胺类
 姓名: 年龄 性别: 男 女 婚姻: 已 否
 工作单位: 职业: 工人 干部 高干 高知 市民
 军人 学生 儿童 侨胞 外籍
 永久住址: 邮政编码:
 本市联系人: 关系: 电话:
 留观日期: 年 月 日 时 分 医保、社保、自费、公费、其他
 离开日期: 年 月 日 时 分

临床初步诊断:	出院时诊断:
主要疾病:	主要疾病:
并发症:	并发症:
伴随疾病:	伴随疾病:

治疗结果及转归	痊愈	基本痊愈	好转	无变化	死亡	
	住院	转院	返回	自动出院	死亡	
死亡日期:	年	月	日	时	分	
死亡原因:						
来院与出院诊断符合情况:	符合	大致符合	不符合	待诊		
急诊处置:	1-三腔管	2-洗胃	3-胃减压	4-胸穿	5-腰穿	6-呼吸器
	7-调搏	8.复苏	9.气插管	10-开胸按	11-B 超	12-胃镜
	13-CT	14-结肠镜	15-外伤处	16-颅穿减	17-气管切	18-骨折处
	19-腹穿	20-X 光片	21-脑腹透			

急诊特殊检查:
 主管主任医师: 主管主治医师:
 经治住院医师: 进修医师:

(四) 急诊观察记录

急诊观察记录				
姓 名：				门诊号：
				住院号：
姓名：	性别：	年龄：	婚否：	职业：
工作单位：	住址：		邮编：	
合同单位：	留观日期、时间：			
主诉：				
现病史：				
既往史及其他：				
体格检查：				
初步诊断：				
处理：				
医师签字：				