



烟台业达医院
YEDA HOSPITAL

门诊病历书写规范

韩笑利



一般质量要求（10条）

- 1、门诊病历的封面内容填写完整，包括姓名、性别、年龄（岁）、职业、婚否、籍贯、住址或工作单位、过敏史等相应栏目填写完整，字迹工整易认，病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整。



一般质量要求（10条）

- 2、每次就诊均应填写就诊日期（年月日）和就诊科别。急危重患者应注明就诊时间（年月日时分 24小时计）



一般质量要求（10条）

- 3、儿科患者、意识障碍患者、创伤及精神病患者就诊需写明陪伴者姓名及与患者的关系，必要时写明陪伴者住址、工作单位和联系电话。



一般质量要求（10条）

- 4、患者在其他医院所做检查，应注明该医院名称及检查日期。



一般质量要求（10条）

- 5、急危重患者必须记录患者体温、脉搏、呼吸、血压、意识状态、诊断和抢救措施等。对收入急诊观察室的患者应书写观察病历。抢救无效的死亡病例，要记录抢救经过，参加抢救人员姓名、职称或职务，死亡日期及时间，死亡诊断等。



一般质量要求（10条）

- 7、法定传染病应注明疫情报告情况。



一般质量要求（10条）

- 6、初步诊断、诊断、医师签名写于右下方。如需上级医师审核签名，则签在署名医师左侧并划斜线相隔。医师应签全名，**字迹应清楚易认**。处理措施写在左半侧。



烟台业达医院
YEDA HOSPITAL

一般质量要求（10条）

- 8、门诊患者住院须填写住院证。



一般质量要求（10条）

- 9、门诊病历、住院证书书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔，字迹应清晰易认。



一般质量要求（10条）

- 10、使用通用门诊病历时，就诊医院应在紧接上次门诊记录下空白处盖“ 年 月 日 医院 科门诊”蓝色章，章内空白处由接诊医师填写。



主诉

- 主要症状或体征+时间
- 不超过20字
- 能产生第一诊断



病史

- 简明扼要记录发病情况
- 发病时间
- 主要症状的描述（包括病变的起因、性质、持续的时间、缓解的方法）
- 伴发症状；
- 诊治过程和疗效；
- 简要叙述与本次疾病有关的过去史、个人史、家族史（不需列题）



体格检查

- 详尽记录病变的**阳性体征**（包括部位、大小、性质、形状、边缘、与周围组织的关系、活动度等）
- 与本病**有鉴别意义的阴性体征**



诊断

- 诊断名称规范
- 按主要诊断、次要诊断排列
- 未明确诊断，可在病名后？根据病变可能性大小顺序排列



辅检结果

- 必要的辅助检查项目和结果、会诊记录
(医院 时间 结果)



处理

- 详细记录处理意见（包括必要的辅助检查结果等）；
- 药物治疗（药名、剂型、剂量、总量、用法）；
- 进一步检查措施或建议
- 处理后注意事项等（休息方式期限、饮食、复诊随访要求等）



烟台业达医院
YEDA HOSPITAL

签名

- 全名；
- 字体清楚，易辨认；



门诊病历格式

- 2013年01月12日**医院内科门诊18: 18
- ***** (主诉内容, 顶格书写)
- ***** (现病史内容第一行空两格书写)
- ***** (第二行起顶格书写)
- ***** (既往史个人史家族史内容顺序书写)
- 检查: ***** (顺序书写)
- ***** (第二行起顶格书写)
- ***** (辅助检查一内容, 顶格书写)
- ***** (辅助检查二内容, 顶格书写)
- 诊断: 1、*****
- 2、*****
- 处理: 1、***** (顺序书写)
- ***** (第二行起顶格书写)
- 2、***** (顺序书写)
- ***** (第二行起顶格书写)
- ***** (签名, 在右下方书写)



复诊病历的质量要求

- 上次诊治后的病情变化、治疗反应
(不可用“病情同前”)

年月日 医院 科门诊

复诊，患者仍腹泻，无腹痛....

- 体检：着重记录阳性体征的变化和新出现阳性体征
- 需补充的辅检
- 三次不能确诊的患者，接诊医师应请上级医师会诊，上级医师应写明会诊意见及会诊日期和时间并签名。



复诊病历的质量要求

- 诊断：对上次已确诊的患者，如诊断无变更，可不再写诊断。
- 处理措施要求同初诊！
- 通用门诊病历变更就诊医院、就诊科别或与前次不同病种的复诊患者，应视作初诊患者并按初诊病历要求书写病历。



门(急)诊病历书写内容及要求

- 门(急)诊病历内容包括门(急)诊病历首页(门(急)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。
- 门(急)诊病历首页内容应当包括患者姓名、性别、出生年月日、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。



门(急)诊病历书写内容及要求

- 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。



门(急)诊病历书写内容及要求

- 门(急)诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。
- 急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录，重点记录观察期间病情变化和诊疗措施，记录简明扼要，并注明患者去向。抢救危重患者时，应当书写抢救记录。门(急)诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。