

| 第一部分 |

门（急）诊病历基本规范



## 一、门（急）诊病历基本要求

(1) 门（急）诊病历是患者在医疗机构门（急）诊就医过程中，医务人员对患者诊疗活动过程的记录。包括病史、体格检查、相关辅助检查、诊断、处理意见及简单医患沟通记录等记录。病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

(2) 门（急）诊病历内容包括门（急）诊手册封面、病历内容、化验单（检验报告）、医学影像检查资料等。

(3) 门诊手册封面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、工作单位或住址、联系电话、过敏史等项目。外籍人士在民族栏须注明国籍。

(4) 门（急）诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

①初诊病历记录书写内容应当包括就诊医院、科别、就诊时间、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。书写日期和时间，一律使用阿拉伯数字，采用24小时制记录。

②复诊病历记录书写内容应当包括就诊医院、科别、就诊时间、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。

(5) 门（急）诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成，急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

(6) 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。由观察医师或者护士记录相关内容。

(7) 门（急）诊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。

(8) 门（急）诊病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

(9) 上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的病历的责任。实习医务人员、试用期医务人员书写的病历，应当经由在本医疗机构合法执业的医务人员审阅、修改并签名。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，按认定后的执业权限书写病历。

(10) 病历书写过程中出现错字时，应当用双线画在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，由修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。电子病历进行修改时，需使用能够提供修改日志记录的功能。

(11) 对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意

书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的相关负责人签字。

(12) 因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况告知患者近亲属，由患者近亲属签署知情同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患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。

(13) 门（急）诊病历的管理。门（急）诊病历原则上由患者负责保管。医疗机构建有门（急）诊病历档案室的，其门（急）诊病历可以由医疗机构负责保管，保管时间15年。

(14) 已经建立符合国家卫生和计划生育委员会《关于印发〈电子病历基本规范〉（试行）的通知》（卫医政发〔2010〕24号）要求的门（急）诊电子病历的医疗机构，应当成立电子病历管理部门并配备专职人员，具体负责本机构门（急）诊电子病历的收集、保存、调阅、复制等管理工作。

## 二、门（急）诊病历书写基本内容、格式及说明

### （一）封面格式及说明

#### 1. 封面格式

**湖北省医疗机构  
门（急）诊通用病历**

方正小标宋简体  
小初 黑色

120克白色  
胶版纸

红底  
白十字

1.5cm  
6cm

仿宋\_GB2312  
三号 黑色

姓名：                      性别：                      年龄：  
民族：                      婚姻： 已 否              医保号：  
联系地址：                      联系电话：  
过敏史：

楷体 三号 黑色

（注：本病历全省通用，注意保存，复诊带回）

湖北省卫生厅监制

黑体 三号 黑色

#### 2. 说明

病历封面信息栏由患者或其代理人填写。

## (二) 封二《就诊须知》内容及说明

### 1. 《就诊须知》内容

<p><b>就诊须知</b></p>
<p>尊敬的患者:</p>
<p>为使您顺利安全就诊,请认真阅读以下须知:</p>
<p>1.本病历为湖北省门(急)诊通用病历,可以在全省各级各类医疗机构中使用。</p>
<p>2.凡来医疗机构就诊人员必须以实名(身份证姓名)就诊,病历不得相互借用、串用或者冒名顶替使用,若由此导致不良后果,由患者自行承担 responsibility。</p>
<p>3.务必妥善保管本病历,切勿涂改、刮擦、撕页、损毁,门(急)诊病历是您就诊、处理医疗相关问题的重要依据。</p>
<p>4.按时间顺序粘贴您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。</p>
<p>5.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。</p>
<p>6.在就诊过程中,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。</p>
<p>7.请您遵照医嘱治疗,病情如有变化应及时携带本病历到医疗机构就诊。请不要同时使用多本病历,以保证病历记载内容的连续性。</p>

### 2. 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。

### (三) 首页格式及说明

#### 1. 首页格式

病 历 内 容	
就诊医院:	就诊科室:
就诊时间:	年 月 日 时 分
主诉:	
现病史:	
既往史:	
体检:	
辅助检查结果:	
初步诊断:	
治疗意见:	
	医师签名:

黑体 小二 黑色

仿宋\_GB2312 四号 黑色

第 1 页 共 × 页

## 2. 说明

(1) 病历内容首页由首诊医师填写。

(2) 接诊医院每次记录病史时, 就診医师须在通用病历的上方注明就診医院名称、就診科别和就診时间(具体到分钟)。患者先后到同一医院不同科室或不同医院就診时, 就診医师须另起一列记载病历。

(3) 接诊医师要严格按照原卫生部《病历书写基本规范》和《湖北省医疗机构病历书写规范》的最新要求书写病历, 病史详尽, 字迹清晰。

(4) 诊疗过程中发现新过敏药物、食物等过敏原时, 应增补于过敏史一栏, 且注明时间并签名。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。

(5) 急诊病历书写就診时间必须具体到分钟。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。

(6) 辅助检查结果。即记录患者就診前在其他医疗机构或者本医疗机构已进行的检查。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。

(7) 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、诊疗经过作出的初步判断, 并不是所有的检查完成并获得结果后所作出的判断。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, 或者症状“待查”“待诊”字样。

(8) 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, 决定需进行的检查、治疗。要详细记述处理意见, 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。

(9) 医师签名。医师签名应当签全名, 书写工整正规、字迹清晰。

(10) 法规政策对使用麻醉药品和第一类精神药品的病历管理有特殊规定的, 按规定执行。





## 2. 说明

(1) 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(例如,首页为第1页,续页可根据各医院自行设计第2、3、4、5……注明共多少页)。续页将就诊医疗机构、科别和时间标明,便于记录首诊或者复诊科别的变更。

(2) 首诊记录。主要包括就诊医疗机构、科别、时间、主诉、现病史、既往史、阳性体征、必要的阴性体征、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。

(3) 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。

(4) 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,尽可能作出明确诊断。

(5) 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,并由观察护士签名。

(6) 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有一定的危险性,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、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。

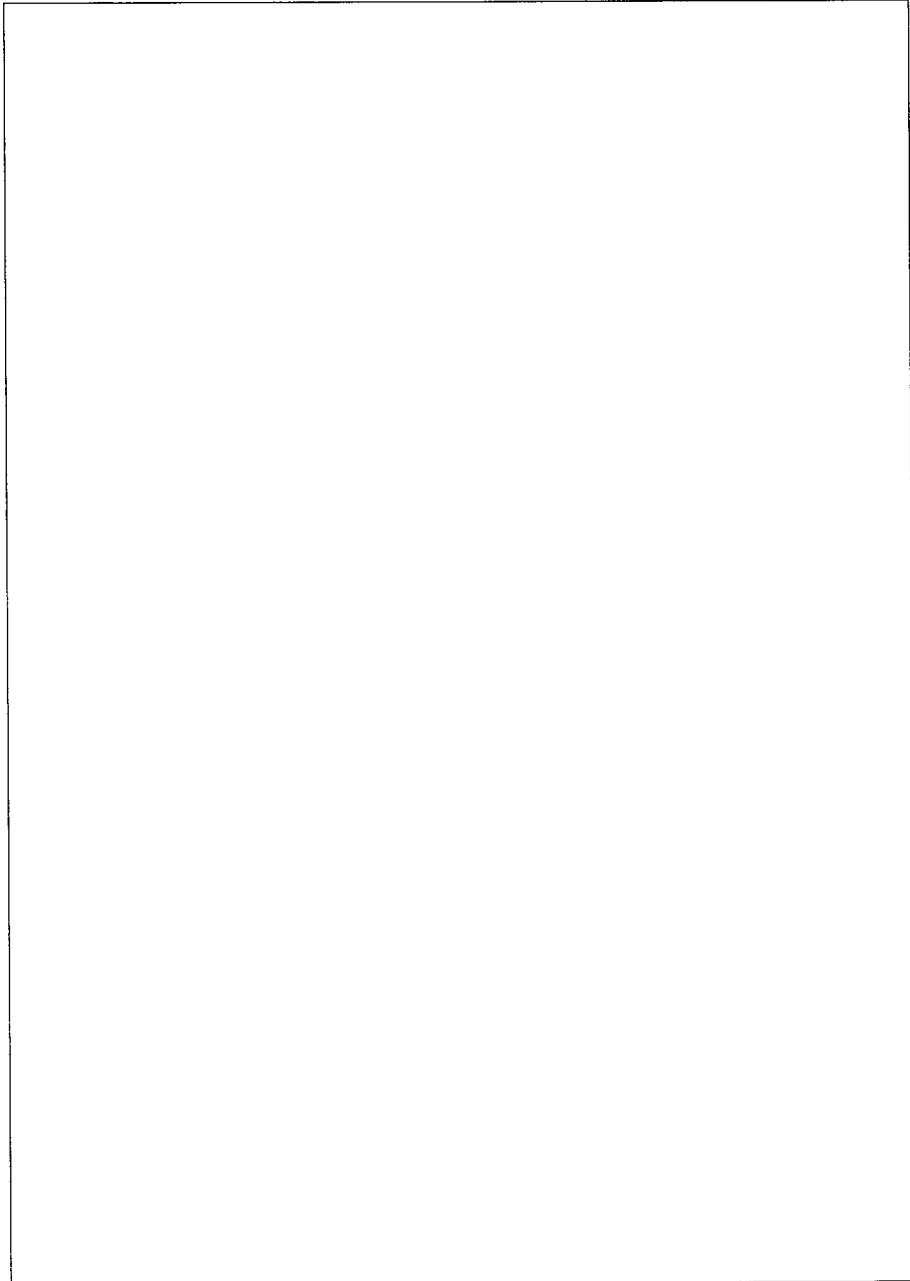
(7) 知情同意书。可直接书写在病历首页治疗意见栏或者续页上,如有格式化的知情同意书可粘贴在相应病情记录下方的空白处。在知情同意书下方的续页中记录“已与患者谈话,并征得同意”或者“已与患者谈话,拒绝进行××检查(或治疗)”,要求患者或者代理人签名,然后书写处理意见。同时应在“门(急)诊特殊检查(治疗)、手术告知登记本”上登记,并由患者签名确认。

(8) 门(急)诊留观记录。应在门(急)诊病历续页中书写,包括时间(具体到分钟)、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）贴特殊检查、常规检查报告单页格式及说明

### 1. 粘贴单格式

#### 检查单张贴页



## 2. 说明

特殊或者常规检查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

(1) 对急诊抢救患者应一发现就立即记录抢救情况。抢救记录应包括：抢救日期与时间（具体到分钟）、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。

(2) 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。

(3) 抢救措施指抢救过程中所运用的诸如重要药物、吸氧、洗胃、胃肠减压、气管插管、气管切开、心脏按压、输血、补液、呼吸机、除颤仪等，应说明采取相应措施的理由、疗效等。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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：记录日期与时间（具体到分钟），死亡前的重要检验结果，死亡时间（必须确切记录到分钟），可能的死因，死亡诊断，记录医师签全名。

### (八) 封底

由医疗机构自行设计，但应符合下列要求：开本大小应为正度 16 开（260mm×185mm）；纸张为 120 克白色胶版纸；不得刊印各类广告。