# 202\_年病历书写规范试题及参考答案 书写病历心得体会(通用12篇)

来源：网络 作者：梦里寻梅 更新时间：2024-02-08

*每个人都曾试图在平淡的学习、工作和生活中写一篇文章。写作是培养人的观察、联想、想象、思维和记忆的重要手段。写范文的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？下面是小编帮大家整理的优质范文，仅供参考，大家一起来看看吧。病历书写规范试题及参考答...*

每个人都曾试图在平淡的学习、工作和生活中写一篇文章。写作是培养人的观察、联想、想象、思维和记忆的重要手段。写范文的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？下面是小编帮大家整理的优质范文，仅供参考，大家一起来看看吧。

**病历书写规范试题及参考答案篇一**

书写病历是医生每天工作的重要一环，良好的病历书写能够提高工作效率，减少医疗事故的发生。在我长期从事医疗工作的过程中，我深感病历书写的重要性，并从中获得了许多心得体会。在以下的文章中，我将分享我在书写病历中的心得，以期对医疗工作者们有所启发和帮助。

二、主体段落一。

首先，书写病历需要事无巨细地记录患者的病情信息。在记录病史和体检结果时，除了患者的最新信息外，还应该注意之前的相关历史。一个详细而准确的病历，可以为医生提供更多信息，有助于诊断和治疗决策。此外，在书写过程中，使用规范的医学术语和符号也是十分重要的，这有助于加快医生之间的交流并避免信息误传。

三、主体段落二。

其次，病历书写需要注重客观性与客户需求之间的平衡。客观性是书写病历的基础原则，医生应尽量避免主观臆断和评价，而是尽可能准确地描述患者的症状和体征。然而，这并不意味着完全忽视患者的主观感受和需求。合理的病历记录应该充分尊重患者的意见和关注点，让患者能够通过阅读病历理解自己的病情，增加对医生治疗方案的信任感。

四、主体段落三。

此外，病历书写还需要注意语言表达的简明和准确。由于医学术语的晦涩难懂，患者和其他非医疗专业人士可能无法理解，因此，医生在书写病历时应采用通俗易懂的语言，避免使用过多的专业术语。此外，书写时还需要遵循逻辑结构，按照一定的顺序展开，以便读者能够理解病历内容的主线和重点，提高阅读效率。

五、结尾总结。

综上所述，良好的病历书写对医疗工作至关重要。在书写病历时，医生应当注重事无巨细地记录信息，同时要保持客观与患者需求之间的平衡，尊重患者意见。此外，医生在书写过程中需要注意语言表达的简明准确，以使读者能够更好地理解。我相信，只有做到这些方面，我们才能为患者提供更好的医疗服务，并提高医疗工作的效率和质量。希望我的心得体会能够对广大医疗工作者有所启发和帮助，让我们共同努力为人们的健康保驾护航。

**病历书写规范试题及参考答案篇二**

作为医学生，病历书写是我们日常工作中一项重要的任务。正确、准确地记录病情与治疗过程，不仅是为患者提供最好的医疗服务，更是对我们自身专业能力的一种体现。在实践中，我深感病历书写的重要性，并积累了一些心得体会。

第二段：认真收集完整资料。

患者就诊时，我们首先需要认真收集完整的资料。这包括患者的个人信息、主诉以及病史等重要内容。通过与患者的交谈，我们能获取到病情的初步了解。此外，还需结合查体和必要的实验室检查结果，进一步了解患者的病情，以便正确地进行诊断和治疗。因此，只有搞清楚了患者的基本情况，才能系统地记录病历，为后续的医疗工作打好基础。

第三段：准确描述病情和治疗过程。

在书写病历的过程中，准确描述患者的病情和治疗过程是非常重要的。病历的每一项内容都应该客观、明确，并且要遵循一定的格式和规范。例如，对于患者的疾病诊断，我们需要列举出与病情相关的具体表现，如症状、体征和实验室检查结果等。对于治疗过程，务必详细记录患者的使用药物、剂量和用法等信息，以及治疗效果的观察和评价。只有准确描述病情和治疗过程，才能使后续的医疗团队明确了解患者的情况，并作出正确的医疗决策。

第四段：简洁明了，注意书写规范。

病历的书写应该简洁明了，避免冗长而复杂的语句和描述。我们要学会用简洁直接的文字来记录病情，使整个病历更易读懂。此外，注意书写规范也是我们应该具备的基本素质之一。正确使用医学术语、规范的缩写和符号，排版整齐工整，能够提高病历的可读性，减少误解和歧义。此外，遵循统一的书写格式和要求，也有助于与其他医疗人员进行有效的沟通和交流。

第五段：保护患者隐私，平衡信息披露。

在书写病历的过程中，我们必须高度重视患者的隐私权，并严格遵守相关法律法规和道德规范。在记录患者信息时，我们应该尽量避免泄露患者的个人隐私，尤其是涉及到患者的姓名、家庭地址和联系方式等敏感信息。然而，在保护患者隐私的同时，我们也需要平衡信息披露的需求。书写合适的病历资料，有助于其他医疗人员提供更好的医疗服务，并为病案管理和医学研究提供数据。

总结：通过以上几点心得体会，我意识到病历书写不仅仅是一项技术活，更是对我们专业素养和职业道德的一种要求。只有准确、完整地记录患者的病情和治疗过程，并且遵循规范和保护患者隐私的原则，我们才能将病历书写这项任务做到更好，为患者提供更优质的医疗服务。

**病历书写规范试题及参考答案篇三**

脂肪肝是一种常见的肝脏疾病，在我临床工作中也经常遇到这种情况。近日，我对于脂肪肝病历的书写进行了一次总结，并得出了一些心得体会。通过书写脂肪肝病历，我不仅提高了自己的临床思维和观察能力，还加深了对这一疾病的认识和理解。

首先，在脂肪肝病历的书写过程中，我意识到准确的描述病史非常重要。在患者的主诉和现病史中，要详细记录患者的症状、发病时间和程度等信息。这些细节对于后续的诊断和治疗非常关键。此外，我也注意到要细致入微地询问患者的既往史、家族史和生活习惯，这些因素往往与脂肪肝的发生有关。例如，饮酒史、肥胖状况和药物使用情况等都需要详细记录，有助于医生更好地制定治疗方案。

其次，在脂肪肝的体格检查中，我发现要注重对腹部的观察和触诊。脂肪肝患者常常会有腹胀、腹痛等不适症状，因此对于腹部的检查要十分细致。触诊时要注意肝脏的质地、大小和压痛程度等指标，这些都是判断疾病的重要依据。此外，要仔细观察患者的黄疸、皮肤瘙痒等症状，这些常常与脂肪肝相关。

书写脂肪肝病历还需要关注各项实验室检查结果。血液常规、肝功能、血脂水平等检查都对于了解疾病的发展程度和患者的健康问题至关重要。在书写过程中，我经常会列举这些检查结果，并进行分析。比如，白细胞计数异常增高、血脂异常、肝功能异常等都是脂肪肝的常见检查表现，要详细记录下来，以便医生进行进一步诊断。

除了对病历内容的关注，我还意识到书写的规范性也非常重要。好的病历除了记录疾病信息，还应该明确患者的基本情况、住院时间和用药情况等。标准化的书写风格能够提高医学信息的传递效果，便于医生之间的交流和治疗方案的制定。因此，在书写脂肪肝病历时，我注意尽量使用规范的术语和格式，确保内容的准确性和一致性。

最后，写脂肪肝病历让我充分认识到专业素养的重要性。只有不断学习和深入理解疾病的机理和治疗方法，才能提高病历书写的质量。因此，我定期参加学术会议、阅读相关文献，并与同行交流经验，不断提高自己的专业知识和能力。

综上所述，通过书写脂肪肝病历，我学到了很多。从准确描述病史、细致观察体格检查，到分析实验室检查结果，再到规范的书写格式和注重专业素养，每个环节都是关键。通过不断总结和提高，我相信我的脂肪肝病历书写能力将会不断提升，为患者的治疗和康复贡献更多。

**病历书写规范试题及参考答案篇四**

外科病历是医生和病人交流的重要工具，准确详细的病历可以帮助医生更好地了解病情、制定治疗方案。然而，外科病历书写却面临着一系列的挑战，如如何准确记录病情、形成系统化的书写模式等等。以下是我在实践中总结的一些心得体会。

第二段：确保准确的病情记录。

在书写外科病历时，最重要的是准确地记录病人的基本信息和病情描述。首先，要认真了解病人的主诉，尽量获取详细信息，因为主诉是辅助诊断的重要依据。其次，要详细记录病人的病史和体征检查结果，特别是外科疾病的诊断和手术治疗部分，要具体描述手术的过程、操作的部位和方式，以及手术后的观察结果。最后，要将病人的用药情况和治疗效果详细记录下来，以供后续参考。准确地记录病情，可以帮助医生更好地评估病人的健康状况，并作出适当的治疗决策。

第三段：形成系统化的书写模式。

为了提高书写效率和准确性，我总结出了一套系统化的书写模式。首先，我会按照病历要求的格式，将各个部分的内容都填写完整。其次，我会先记录客观的病情表现，如体温、血压、脉搏等生理指标，然后再进行主观的描述。同时，我还会使用标准的医学术语和缩写，以确保书写的准确性和专业性。最后，我会将病人的信息分类整理，使其逻辑清晰，便于阅读和检索。形成系统化的书写模式，不仅提高了书写效率，还使得病历更加规范、易读。

第四段：注重文字的规范性和易读性。

作为医生，书写外科病历不仅要准确，还要规范、易读。对于专业术语，要使用标准的缩写和术语，以便其他医生和病人能够理解。此外，要注意书写的排版和文字的大小，使得病历整洁、清晰，便于阅读。另外，要避免使用复杂的句子结构和过多的被动语态，尽量使用简洁明了的语言表达。文字的规范性和易读性，可以提高病历的可阅读性和可理解性，减少信息流失和误解。

第五段：不断学习和改进。

书写外科病历是一个不断学习和改进的过程，需要我们持续关注并吸取经验教训。我们可以通过阅读专业书籍、参加病历书写培训课程和与资深医生交流等方式，不断提升自己的病历书写能力。此外，我们还可以从实际工作中总结经验，发现问题并加以改进。例如，根据以往的失误，我开始用草稿纸先写好病历，然后再慢慢整理和改进，以确保书写的准确性。通过不断学习和改进，我们可以不断提高病历书写的水平和质量。

总结：外科病历书写虽然面临着一系列的挑战，但只要我们注重准确性、系统化、规范性和易读性，并不断学习和改进，就能够书写出优秀的病历。优秀的病历不仅能提高医生的工作效率和准确性，还可以为病人的治疗提供重要依据，帮助他们恢复健康。因此，病历书写是每位医生必备的技能和素质，我们应该不断追求完善和提升。

**病历书写规范试题及参考答案篇五**

2.负责器械的消毒和开诊前的准备工作。

3.协助医生完成有关工作，按医嘱给患者进行处置。

4.经常观察候诊患者的病情变化，对较重的患者应提前诊治或送急诊室处置。

5.负责诊疗室的整洁、安静、维持就诊秩序，做好等待服务。

6.实施候诊教育和健康教育工作。

7.做好消毒隔离工作，医，学，全，在，线，提，防止交叉感染。

8.认真执行各项规章制度和技术操作规程，严格查对制度，防止差错事故的发生，做好交接班工作。

9.按照分工，负责领取、保管药品、器材和其它物品。

10.认真学习业务，提高理论水平，向患者做耐心、科学的解释工作，提高服务质量。

**病历书写规范试题及参考答案篇六**

1、备课本封面：“姓名”、“职称”按个人档案信息填写，“专业部”填写现教研组名称全称，“编号”改为填写“课程名称”（任务书中的课程名称，不一定是教材名称），“年月日”按备课本启用时间填写。

2、学期教学计划：凡开课课程必须填写学期教学计划，任课教师必须认真钻研专业教学计划，弄清楚本课程在专业教学计划中的地位和作用。根据专业实施性教学计划、课程教学大纲、校历并结合教材内容、任课班级学生情况，认真编写学期教学计划。“平行班”（同年级、同学科、同课时、同要求、同进度）应由几位任课教师共同制订学期教学计划，并使用同一教学计划，制订者在教学计划上共同署名。

（1）科目：填写“课程名称”（与封面一致）。

（2）适用班级：填写任课班级全称，平行班需全部填写。

（3）教学目的要求：根据教学大纲要求，结合专业（工种）岗位能力需求，认真钻研教材后填写该课程的学期教学目标，包括知识、能力、德育目标。

（4）教学重点、难点：根据学期教学目标，结合专业（工种）情况、学生实际和课程的衔接等情况，确定本学期的重点、难点教学内容。

（5）主要教学措施：填写针对教学重点、难点内容，在教学中要采用的教学手段和方法，包括多媒体教学、案例项目式教学、实验实习、分层教学等措施。

（6）作业布置及考试（查）方式：说明本期主要布置作业的名称、类型及数量，说明本课程的考核方式。

（7）教学实验实习计划（能力培训）：基础课填写针对教学目标开展的能力培训计划，写清具体内容和安排时间。专业课要按周次、项目、课时逐项填写本期的实验（实习）内容，并汇总出实验（实习）项目数。

（8）学期教学进度计划：根据校历和教学内容，精准安排各周次的教学内容，对一学期的教学进度作出全面安排。

周次：以校历为依据，从1填至20周止，教学周数为18周。

单元或章节教学内容、计划课时：对照课程表按2学时为授课单元安排教学内容（若课程表中为单节课，则只能以单节课为单位安排教学内容），各周次按授课次序填写教学内容，在“周次”栏对应位置根据校历、课程表填写相应日期。填写的“单元或章节教学内容”必须与课时教案中的课题名称保持一致，课题包含教材章节号。法定节假日、运动会、考试等占用课时都要在相应周次的教学内容中中体现。

实际课时、原因：实际课时根据上课执行情况如实填写，若与计划课时不同步，在“原因”栏内注明。实际上课进度与教学计划进度不能超过6课时，开课后若需修改进度计划，必须申报经教务处审批后执行。学期结束时，在最后一行“单元或章节教学内容”栏填写“合计”，统计出本期“计划课时”、“实际课时”合计数。

3、课时授课计划（教案）：要求做到“一课一案、提前一周备课”，课程表中2节连堂课备写一份教案，若课程表为单节课则必须单独写一份教案，不能合并到其它教案中。

（1）编号：根据《学期教学进度计划》中的进度安排，在使用的《备课本》上连续编号，编号使用3位阿拉伯数字表示。

（2）授课日期、授课班级：按课表执行上课的具体日期填写，填好对应班级名称，日期填至\_\_年\_\_月\_\_日第\_\_节课。

（3）课题：与《教学进度计划》中的“章节或单元教学内容”中的名称一致。

（4）课堂类型：根据具体情况选择填写：理论、理实、实验、实习、复习。

（5）教学目的与要求：填写本堂课的教学目标，包括知识、技能、情感目标。

（6）重点、难点及解决措施：教学重点是教学过程中要着重加以指导、训练的项目和内容。教学难点是学生在学习和操作过程中的困难所在。针对教学目标所确定教学重、难点，结合学生知识、技能掌握情况，填写相应教学、辅导措施。

（7）教具、挂图及参考书：该项目改为填写实验、实习准备情况和课外活动策划、准备情况。若有教具、挂图等，则也填写在此。

（8）教学过程：根据课程特点和教学内容，做好教学环节和教学方法设计。其中组织教学、复习导入、讲授新课、课堂练习、技能训练、小结、布置作业等环节，都应在教案中明确地体现出来。而且重点突出对学生学习和师生互动、合作、交流、评价等方面的情况。

（9）板书设计：应针对教学内容重点、难点进行设计，要求简洁、实用，能体现目的性、概括性、条理性、审美性、等特点。

（10）课外作业：包括课前预习作业、课堂练习作业和课后复习作业。简要注明这些作业的题号、数量及处理方式。

（11）小结与改进措施：可以：教案的执行情况、教学目标是否达到、教法的选择和应用效果如何、学生的掌握情况、今后教学建议等。还需填写本堂课的学生出勤、课堂秩序等，对于课堂中的问题要求学生在班务日志中如实记录，并及时与班主任联系处理。

**病历书写规范试题及参考答案篇七**

您好！

本人在本年度的针灸临床工作中，牢固树立为人民服务的思想，急患者之所急，想患者之所想，认真做好各项业务性工作及事务性工作，全面贯彻执行上级领导安排和布置的各项任务，全面履行了一名医师的岗位职责要求述职如下。

一、贯穿一条主线，情为群众所系。

本着“救死扶伤，治病救人，全心全意为人民服务”的宗旨，恪尽职守，任劳任怨，对技术精益求精，刻苦钻研，时刻严格要求自己，践行了一名医务工作者的神圣职责。在工作中严格执行各项工作制度、诊疗常规，一丝不苟诊治每一位患者，自任职以来，本人精心诊治上万名患者，总有效率为98%以上，从未发生任何医疗事故。

二、坚持两个导向，营造和谐氛围。

首先坚持正确的政治导向。认真贯彻执行党的路线、方针政策，与党保持高度一致；同时本人以身作则，遵纪守法，积极工作，勤奋学习，能全面、熟练地履行岗位职责，积极承担医疗、预防、科研及培养指导下级卫生专业技术人员的任务，团结协作，具有良好的职业道德和敬业精神，工作任劳任怨，呕心沥血，多次被评为优秀工作者。其次坚持良好的环境导向。

在本人分管的范围里，结合工作实际，以人的健康为中心，紧紧围绕预防为主、防治结合的原则，以完善制度为基础、以提高医技为保障，以端正医风为前提，以重点人群的规范管理为主线，注重服务数量和服务质量，以老年人、慢性病人等为重点，健全规章制度，完善服务功能，规范运作管理，充分发挥现有的医疗资源，建立起了集预防、医疗、保健、康复、健康教育和计划生育指导“六位一体”的服务模式，为群众创造良好的就医环境和就医条件，为医务工作者创建昂扬向上、奋发有为的干事环境，做到人尽其才、才得其位、位创其绩。

三、做到三个必须，塑造良好形象。

第一必须有宽广的胸怀。海纳百川，有容乃大。作为医生，对于患者的责难，同事之间的误解等要有正确的态度和心胸，以诚待人，以理服人，才能凝聚成一个团结和睦的集体。其次必须有严格的自律。认真学习党的路线方针政策，求真务实，清正廉明；不该说的不说，不该许的诺不许，不让千里长堤溃于蚁穴。

第三必须有高远的境界。一个好的医生必须立足长远，有前人栽树、后人乘凉、敢当人梯的觉悟，有新竹高于旧树枝的勇气，有敢于创新的胆略，有俯首甘为孺子牛的情操，用明天的眼光做今天的事情，多做基础工作，多干惠民实事。

四、抓住四个关键，提高服务水平。

在业务上，本人刻苦钻研业务知识，一丝不苟，尽职尽责完成本职岗位所承担的工作任务，工作成绩突出，成为本单位针灸骨干。开展了针灸治疗内、外、妇、儿常见病、多发病的诊治，对某些慢性顽固性疾病，采用自己独特的手法，取得了很好的效果。

尤其擅长治疗各种疼痛(颈肩腰痛、三叉神经痛、偏头痛、痛经……)、神经性耳聋耳鸣、面瘫、腰椎间盘突出、失眠、中风后遗症等。一年来，通过大量病例观察，运用独特的治疗方法，取得了事半功倍的效果，撰写了“浅刺电针加频谱治疗早期面瘫临床观察”、“浅刺夹脊穴加频谱治疗腰椎间盘突出临床观察”等论文，并相继在省级刊物上发表。

对处在中医理论前沿的“经络系统的实质”进行探索，并发表论文，其论点被日本一学者在实验研究中证实。本人在临床中，深感患者恐惧针刺疼痛，经反复研究实践，创立了“无痛”针法，使患者乐于接受，深受好评。针对部分无法行走的偏瘫患者，本人无偿上门服务，精心诊治，直至患者可到门诊就诊，曾多次收到患者表扬信。

在科研教学上，积极配合本单位其他人员，开展科研活动，先后参与了高血压、糖尿病普查研究工作，参与本市一年一度的科技活动周，完成了多项科研项目。在教学上本人坚持培养并指导临床医师实践操作，组织指导本专业的技术工作和科研工作，近年来，本人对“神经性耳鸣、耳聋”的诊治做了进一步研究，疗效有了新的突破。

在业务学习上，本人深切认识到一名合格医生应具备的素质和条件，努力提高自身业务水平，不断加强理论学习，通过订阅大量书刊，学习有关针灸指示，写下大量读书笔记，经常参加国家级及省市内举办的学术会议，聆听著名专家学术讲座；积极参加各种学习培训班，不断提高自己的业务水平，充实了自己的理论指示，为更好地使理论与实践相结合提供了扎实保证。

在管理上，本人在今后的工作中，本人将更加刻苦学习，认真履行职责，开拓创新，不断提高专业技术水平，为祖国医学发展贡献毕生力量！

述职人：x。

**病历书写规范试题及参考答案篇八**

作为一名医学生，病历书写是我们每天都要面对的任务之一。病历的准确与规范对于患者的诊疗结果有着重要的影响。为了提高自己的病历书写水平，我参加了一期关于病历书写的系列培训课程。通过学习与实践，我收获了很多宝贵的经验和知识。在此，我将分享我在病历书写系列培训中的心得体会。

首先，病历书写要注意准确性与规范性。在培训课程中，我们被强调了病历书写的准确性的重要性。一个准确的病历能提供清晰的病史，为医生做出正确的诊断与治疗提供依据。而规范的病历书写则是提高医疗质量和安全的基础。在实践中，我常常注意字迹的清晰，并详细记录患者的主诉、病史等信息。同时，遵循病历书写的规范格式，如书写日期、姓名、年龄等必要信息，保证病历的可读性和可辨识性。

其次，病历书写要确定诊断与治疗方案。在课程中，我们学习了如何通过患者的症状与体征，结合医学知识与经验进行诊断。在病历书写中，要准确记录诊断的依据和过程，确保医生在查看病历时能快速了解患者的病情。此外，病历中还需要详细记录医生的治疗方案和药物处方，以便医护人员能正确执行。在实践中，我经常反思自己的诊断与治疗方案，检查是否有遗漏或错误，以及是否需要进一步的诊断和治疗。

第三，病历书写要注意客观与保密。一个好的病历应该客观地反映患者的病情和治疗过程。在病历中，我们要避免主观性描述和个人情绪的介入，以免影响医生的判断和决策。此外，我们也要格外注意患者的隐私保密。在培训中，我们接触了很多实际病历的案例，被告知不得将患者的隐私信息外泄。因此，在实践中，我始终保持专业的态度，尊重患者的隐私权，并正确使用病历。

第四，病历书写需要不断的学习与提高。在病历书写系列培训中，我们学习了很多书写的技巧和方法，但这只是一个开始。病历书写需要不断的实践和积累。我发现通过多读、多写病历，可以提高书写的效率和质量。在实践中，我经常与同学互相交流，共同学习，发现自己的不足并改进。同时，也要加强对各种疾病、病症和治疗方法的学习，以提高对病历的理解和把握。

最后，病历书写是一项艰巨但重要的任务。通过参加病历书写系列培训课程，我意识到病历书写在医学实践中的重要性。一个好的病历不仅能够为医生提供诊疗依据，还能提高医疗质量和安全。我将在今后的学习和实践中，不断提高自己的病历书写水平，为患者的健康贡献自己的力量。

总之，病历书写系列培训课程给予了我很多宝贵的经验和知识。这些心得体会不仅仅适用于病历书写，也适用于其他的医学文书。通过持续的学习和实践，我相信我能够不断提高自己的病历书写水平，并在未来的医学实践中为患者的健康与治疗效果贡献自己的一份力量。

**病历书写规范试题及参考答案篇九**

慢阻肺呼吸困难1.w物治疗以抗炎和平喘为主，尽量选择中医中w治疗，因为中医治疗慢性肺气肿是目前副作用最小的的治疗方法，避免了不良反应的发生，但是还是建议患者接受中医的综合治疗，这样就会全面的阻断病病情的发展。

2.饮食上的辅助治疗蛋白质的增加可以提高抵抗力，补充得病消耗的蛋白质。维生素的摄入同样可以提高机体免疫力。此外多吃健脾、补胃、益肺、祛痰、除湿、泻热的食物，避免油腻、生痰类食物的摄入。

3.生活中注意的要点消除螨虫、花粉等刺激源，不要吸烟，避免受到冷空气刺激，适量运动并保持良好、平稳的心情都是有效控制病情的手段。

4.对于重症话患者对于重症患者要加以监护，适当时及时给予吸氧。患者就该及时就诊，在医生的帮助下选择适合自己的w物和治疗方式，争取早日脱离病痛。

**病历书写规范试题及参考答案篇十**

单选题：（每题：1分、共20分）。

1、主诉的写作要求下列哪项不正确（）。

a。提示疾病主要属何系统b。提示疾病的急性或慢性c。指出发生并发症。

的可能。

d。指出疾病发热发展及预后e。。文字精练、术语准确。

2、病程记录书写下列哪项不正确（）。

a。症状及体征的变化b。体检结果及分析c。各级医师查房及。

会诊意见。

d。每一天均应记录一次e。临床操作及治疗措施。

3、病历书写不正确的是（）。

a，入院记录需在24小时内完成b。出院记录应转抄在门诊病历中c。接收记录有。

理解科室医师书写d。转科记录由原住院科室医师书写e。手术记录凡参加。

手术者均可书写。

a。首次由经管的住院医师书写b。病程记录一般可2-3天记录一次c。危重病。

人需每一天或随时记录d。会诊意见应记录在病历中e。应记录各项检查结。

果及分析意见。

5、下列哪项不是手术同意书中包含的资料（）。

a。术前诊断、手术名称b。上级医师查房记录c。术中或术后可能出现的并发症、

手术风险。

d。患者签署意见并签名e。经治医师或术者签名。

6、些列关于抢救记录叙述不正确的是（）。

a。指具有生病危险（生命体征不平稳）病人的抢救b。每一次抢救都要有抢救记。

录c。无记录者不按抢救计算d。抢救成功次数：如果病人有数次抢救，最后一次。

抢救失败而死亡均记录抢救失败。

7、下列哪些不属于病历书写基本要求（）。

a。让患者尽量使用医学术语b。不得使用粘、刮、涂等方法掩盖或去除原先。

的字迹c。应当客观、真实、准确、及时、完整、规范d。文字工整，字迹。

清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

8、术后首次病程记录完成时限为（）。

a。术后6小时b。术后8小时c。术后10分钟d。术后即刻e。术后。

24小时。

9、问诊正确的是（）。

a。您心前区痛放射到左肩区吗b。你右上腹痛反射到右肩痛吗c。解大便有里。

急后重吗d。你觉得主要是哪里不适e腰痛反射到大腿内侧痛吗。

10、死亡病历讨论记录应在多长时光内完成（）。

a。7天b。9天c。14天d。3天e。24小时。

11、下列义务人员哪些有审签院外会诊的权利（）。

a。科主任b。经管主治医师c。副主任医师d。主任医师。

e。住院医师。

12、病史的主题部分，应记录疾病的发展变化的全过程，是指（）。

a。主诉b。现病史c。既往史d。个人史e。家族史。

13、患者对青霉素、磺胺过敏应记录于（）。

a。主诉b。现病史c。既往史d。个人史e。家族史。

14、患者有长期的烟酒嗜好应记录于（）。

a。主诉b。现病史c。既往史d。个人史e。家族。

史

15、转入记录由转入科室医师于患者转入后（）小时内完成。

a。8小时b24小时。c。48小时。d。72小时e。6小时。

16、病情稳定的慢性病患者至少（）天记录一次病程。

a。3天b。1天c2天。d。4天e。5天。

17、患者住院时光较长，应有经治医师（）作为病情及诊疗状况总结。

a。每月b。两月一次c。由上级医师决定时光长短d。

病情稳定可不做阶段小结。

18、首次病程记录的时光要精确到（）。

a。小时b。分钟c。秒钟d。不必记录时刻。

19、有床诊疗操作记录应在造作完成（）后书写。

a。1小时b。2小时c。3小时d。即刻。

20、科简会诊一般应在（）小时内完成。

a。24b。48c。72d。10分钟。

多选题：(每题2分：共20分)。

1、过去病史包括下列哪几项（）。

a。传染病史及接触史b。手术外伤史c。家族遗传病史d。局灶病史。

e，预防接种时及药物过敏史。

2、下列哪些资料应另立专业书写（）。

a。会诊记录b。麻醉记录c。术前讨论记录d。阶段小结e。出院小结。

3、下列哪些手术应具术前讨论记录（）。

a。胃大部切除b。胃癌手术c。食道癌手术d。患者病情较重难度大。

的手术。

4、交班记录本应记录哪些病人的病情及诊疗好处（）。

a。一级护理的病人b。危重病人c。病情可能变化的病人d。当天术后。

的病人e。医院内感染的病人。

5、现病史资料包括（）。

a。发病状况主要症状特点及其发展变化状况b。伴随症状c。诊疗经过及结。

果d。与鉴别诊断有好处的阳性或阴性结果e。性别、年龄、职业。

6、住院志的书写形式包括（）。

a。入院记录b。再次或多次入院记录c。24小时内。

入出院记录d。24小时内入院死亡记录e。死亡病例讨论。

记录。

7、使用人体植入物或特殊物品时，应记录（）。

a。名称b。型号c。使用数量d。厂家e。

地址。

8、死亡病例讨论记录，讨论的资料包括（）。

a。疾病的诊断b。疾病的治疗c。死亡原因d。死亡诊断e。死。

亡时光。

9、输血治疗之情同意书，记录的资料包括（）。

a。住院病历号b。诊断c。输血指征d。输血前有关检查。

e。医师签名并填写日期

10、门诊病历包含（）。

a。病历首页b。病历记录c。检查单d。检查报告单。

e。医学影像检查治疗。

决定题：（每题2分：共20分）。

1、医嘱资料前应空两格。

（）。

2、主诉书写字数应不超过18个字。

（）。

3、年龄在1岁以下者记录至月或几个月零几天。

（）。

4、入院记录书写中对患者带给的药名、诊断和手术名称不需要加(“”)以示区。

别（）。

5、日常病程记录可由经治医师书写，也可由进修、实习医务人员或试用期医务。

人员书写，但应由经治医师用蓝黑色墨水笔审核。（）。

6、死亡病例讨论记录是指在患者死亡一月内，由科主任、主任医师或具有副主。

任医师以上专业技术任职资格的医师主持，对死亡病例进行讨论、分析的记录。（）。

7、病危（重）通知书是指患者病情危、重时，由经治医师或值班医师向患者告。

知病情并由患者签名的医疗文书。（）。

8、临床医生从正式进入临床工作起，2整年以上才循序使用打印病历。

（）。

9、长期医嘱单一般不应超过2页，当医嘱超过2页且停止医嘱较多时应重整医。

嘱。（）。

10、三级医院留住观察时光不应超过48小时，二级医院不超过72小时。

（）。

填空题：（每题2分：共20分）。

1、手术记录应在（）小时内由(完成，特殊状况下由第一助手书写，经（）审阅后签名。

2、上级医师查房每周不少于（）次，组织医师首次查房记录应于患者入院（）小时内完成，副主任、主任医师负责首次查房者应于（）小时内完成。

3、交班记录应在交班前由（）书写完成，接班记录应由接班医师于接班后（）小时内完成。

4、病历书写应遵循（）、（）、（）、（）、（）（）的原则。

5、病历书写同一页中，如果修改超过（）处或累计超过（）个字应重新书写。

6、诊断应尽可能包括病因诊断、（）、（）、疾病的分型与分期、并发症的诊断和伴发疾病诊断。

7、手术安全核查记录需有（）、（）、（）三方核对，并签字。

8、门诊手册封面资料应当包括患者（）、（）、（）、（）、（）、（）等项目，填写时不应缺项。

9、修改病历者用（）色墨水笔在错字上划双横线，并在错字旁书写修改意见，并保留原记录清楚、可辨。审阅完成后，用（）色墨水笔签全名，并注明（）及（）。

10、病程记录结束的末端，同一行右顶格由记录医师签名，该行剩余空隙不够（）行签名时，可另起一行右顶格签名。原则上不能空行。

简答题：（每题5分：共20分）。

1上级医师查房记录资料有哪些？

2、既往史记录的顺序和资料？

3、日常病程记录的资料有哪些？

4、出院记录治疗经过资料包括哪些？

病历书写规范测试答案。

单选：

1。d2。d3。e4。a5。b6。d7。a8。d9。d。

10。a11。a12。b13。c14。d15。b16。a17。a18。b。

19。。d20。b。

多选：

8。abcd9。abcde10。abcde。

填空题。

1。24手术者2。248723。交班医师244。客观真实准确及时完整规范5。3106。病性诊断病位诊断7。手术医师麻醉医师巡回护士8。

姓名性别年龄工作单位住址药物过敏史9。红红职称修改时光10。1/3。

决定题：

1。×2。×3。√4。×5。×6。×7。√8。×9。×10√。

**病历书写规范试题及参考答案篇十一**

（一）设立医院病历质量管理委员会，院长任主任，并下设办公室。主要职责：

（二）各科室病历质量监控，科主任为责任人，高年资主治及以上的二线医师任质控医师（员），科室护士长或高年资护师任质控护士，全面负责本科室病历质量。主要职责：

1、对本科室病历质量进行全程监控。

2、对本科室病历质量进行监督检查并提出改进意见。

二、病历书写规范。

严格执行国家卫计委和广东省病历书写与管理规范的有关要求。

执行广东省病历书写与管理规范中的住院病历质量评价标准。

包括：门（急）诊病历，运行病历、终末病历。

五、病历质量全程监控流程。

（一）基础教育质量控制。

1．新职工入院教育期间，医院统一安排关于病案书写规范、病案质量评定标准等有关内容的教学课程。

2．各科室由主管医师对新入科工作的各级医生等讲解病历书写规范和本科室病历书写要求。3．医院每年组织1-2次全院性的病历书写规范讲座。

（二）环节质量控制：主要由科室病历质量监控人员负责。病历环节质量是从源头上把好病历质量、使病历质量监控从事后检查向事前预防转化的关键。科室应加强病历形成过程中的管理，按病历书写要求在规定时限内及时完成病历的书写、打印、签字等内容。出院病历应由医师、质控人员、科主任检查合格后送达病案室。

1．严格执行三级医师负责制。

（1）住院医师严格按照广东省病历书写与管理规范书写病历。（2）主治医师（二线医师）负责指导并检查住院医师的病历书写质量，及时纠正缺陷。在病历首页签字时应认真检查整份病历质量。

（3）科主任负责检查运行病历质量；认真审核每份出院病历质量，确保每份出院病历质量合格。

2．患者出院（或死亡）后，主管医师应按规定在24小时内填写出院（死亡）记录、病历首页等，并检查病历书写质量和各种记录、辅助检查报告单是否齐全，补充完善后签字。质控医师根据“住院病历检查评价标准”进行检查评分，确保病历质量合格后，在病历首页“质控医师”栏签字。值班护士要检查护理相关病历内容，按规定排列顺序整理病历，并在病历首页“质控护士”栏签字，将合格病历送交病案室。归档后的病案内容任何人不得随意更改。

3．科室病历质量随时检查病历质量，及时发现问题并纠正。4．科主任应重视病历质量管理，经常督促检查本科室病历质量监控人员的工作。

5．医院每月定期抽查病历质量，对检查存在的缺陷，及时反馈并按相关规定进行处罚。

（三）终末质量控制。

1、医院病案质控人员负责检查并评定住院病历的等级，将存在问题登记到“病案质控记录本”上，并及时通知责任人。科室医师在接到病案室电话通知后，应在3个工作日内完善，病历完善后交于病案室质控医师二次检查合格后方可归档，病案室每月负责汇总终末病案质控情况上报院办公室。

2、各科室病历质量监控人员随时抽查出院病历，对自查中存在问题，科室定期召开讨论会，针对存在问题制定整改措施，不断改进病案质量。

3、病历质量管理委员会每月定期检查归档病历质量。

1．严格执行广东省病历书写与管理规范有关要求。2．护理文书由取得护士执业证书的护士书写。

3．医院护理部安排各科室护师以上的人员，任“护理病案质控员”，全面负责出院护理病历终末质量考核工作。

4．医院病历质量管理委员会下设护理部主任为负责人的护理文书检查组，由其每季度对全院护理文书进行检查、督促、总结、反馈。

5．各科室“护理病案质控员”，及时检查科室护理文书书写情况，发现问题及时纠正，并做好记录，严把科室护理文书质量关。

6．科室每份出院病历由值班护士认真检查，交护士长或护理文书质控护士审核合格后方可送交责任医生。

7．“护理病案质控员”负责护理文书的质量检查工作，对不合格病历提出检查意见、填写病历检查通知单，并通知护士长签收，科室应在签收3个工作日内完成护理文书的完善，完善后的病历由护理病案质控员再次审核合格后方可归档。“护理病案质控员”需认真登记检查情况，并每月将检查结果汇总后反馈到科室及护理部。8．新职工入院后，由护护士长对新职工进行有关护理文书知识的培训。护理办公室定期组织全院的护理文书知识讲座，不断提高护理人员的护理文书书写水平。

六、医疗、护理病历奖惩办法。

（一）每季度评选优秀病历十份，每份病历中医疗病历得分占总分值的90%，护理病历得分占总分值的10%，每份奖励负责本病案的三级医师及责任护士各100元，予以表彰。

（二）出现乙级病历一份，扣质控责任医师（一、二线医生）或质控责任护士各壹佰元。

（三）出现丙级病历一份，各责任人取消当月质控奖金。

（四）病例归档期限为出院后10天内。病历首页未完成签字的出院病历，病案室不予接收。科室质控医师、质控护士有责任及时送交出院病历，出院病历未按时送达病案室者，每超期一天扣质控责任人各10元。

（五）科室接到病历检查通知单逾期不完善者，每天扣科室或科室奖金10元。5个工作日以后未完善的，除相应扣款外，质控奖金考核不计入工作量。

（六）每年出现乙级病历3次或丙级病历1次，质控医师扣罚考核工资一个月。

（七）由于住院部工作人员操作失误造成病案首页中姓名、年龄、住院号、身份证号码等患者信息错误，导致病案不合格者，每份扣责任人100元。

（八）门（急）诊病历不合格者，每份扣责任者奖金50元。

（九）因化验、检查报告单不合格导致病案不合格者，每份扣责任者奖金50元。

（十）凡丢失1份病历者，当事人赔偿人民币202\_元，同时根据有关规定追究当事人的责任。

（十一）私自复印病历、将病历交给患者及家属、或交由患者及家属带离医院者，一次罚款500元。

（十二）借阅病历延期不还者，每天扣当事人10元。

**病历书写规范试题及参考答案篇十二**

国家卫生部网站202\_年2月4日发出通知，要求从202\_年3月1日起，在全国各医疗机构施行修订完善后的《病历书写基本规范》，于202\_年颁布的《病历书写基本规范(试行)》(卫医发〔202\_〕190号)同时废止。其中，对医患双方易发生误解、争执的环节，提出了明确要求。

第一条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，包括门(急)诊病历和住院病历。

第二条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。

第三条病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

第四条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。

第五条病历书写应当使用中文，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。

第六条病历书写应规范使用医学术语，文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

第七条病历书写过程中出现错字时，应当用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，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。

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。

第八条病历应当按照规定的内容书写，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，应当经过本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并签名。

进修医务人员由医疗机构根据其胜任本专业工作实际情况认定后书写病历。

第九条病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用24小时制记录。

第十条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负责人签字。

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。

第十一条门(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。

第十二条门(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。

第十三条门(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。

第十四条门(急)诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

第十五条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。

第十六条住院病历内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查(特殊治疗)同意书、病危(重)通知书、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查资料、病理资料等。

第十七条入院记录是指患者入院后，由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析书写而成的记录。可分为入院记录、再次或多次入院记录、24小时内入出院记录、24小时内入院死亡记录。

入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后24小时内完成;24小时内入出院记录应当于患者出院后24小时内完成，24小时内入院死亡记录应当于患者死亡后24小时内完成。

第十八条入院记录的要求及内容。

(一)患者一般情况包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院时间、记录时间、病史陈述者。

(二)主诉是指促使患者就诊的主要症状(或体征)及持续时间。

(三)现病史是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应当按时间顺序书写。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠和饮食等一般情况的变化，以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

1.发病情况：记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因。

2.主要症状特点及其发展变化情况：按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素，以及演变发展情况。

3.伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

4.发病以来诊治经过及结果：记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号(“”)以示区别。

5.发病以来一般情况：简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重等情况。

与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。

(四)既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史等。

(五)个人史，婚育史、月经史，家族史。

1.个人史：记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史。

2.婚育史、月经史：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间(或闭经年龄)，月经量、痛经及生育等情况。

3.家族史：父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

(六)体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况，皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部(胸廓、肺部、心脏、血管)，腹部(肝、脾等)，直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统等。

(七)专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

(八)辅助检查指入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应分类按检查时间顺序记录检查结果，如系在其他医疗机构所作检查，应当写明该机构名称及检查号。

(九)初步诊断是指经治医师根据患者入院时情况，综合分析所作出的诊断。如初步诊断为多项时，应当主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。

(十)书写入院记录的医师签名。

第十九条再次或多次入院记录，是指患者因同一种疾病再次或多次住入同一医疗机构时书写的记录。要求及内容基本同入院记录。主诉是记录患者本次入院的主要症状(或体征)及持续时间;现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结，然后再书写本次入院的现病史。

第二十条患者入院不足24小时出院的，可以书写24小时内入出院记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱，医师签名等。

第二十一条患者入院不足24小时死亡的，可以书写24小时内入院死亡记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、死亡时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过(抢救经过)、死亡原因、死亡诊断，医师签名等。

第二十二条病程记录是指继入院记录之后，对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括患者的病情变化情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

病程记录的要求及内容：

(一)首次病程记录是指患者入院后由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录，应当在患者入院8小时内完成。首次病程记录的内容包括病例特点、拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断)、诊疗计划等。

1.病例特点：应当在对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征,包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。

2.拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断):根据病例特点，提出初步诊断和诊断依据;对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析;并对下一步诊治措施进行分析。

3.诊疗计划：提出具体的检查及治疗措施安排。

(二)日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。由经治医师书写，也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写，但应有经治医师签名。书写日常病程记录时，首先标明记录时间，另起一行记录具体内容。对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少1次，记录时间应当具体到分钟。对病重患者，至少2天记录一次病程记录。对病情稳定的患者，至少3天记录一次病程记录。

(三)上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

主治医师首次查房记录应当于患者入院48小时内完成。内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。

主治医师日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格医师查房的记录，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

(四)疑难病例讨论记录是指由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等。

(五)交(接)班记录是指患者经治医师发生变更之际，交班医师和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录。交班记录应当在交班前由交班医师书写完成;接班记录应当由接班医师于接班后24小时内完成。交(接)班记录的内容包括入院日期、交班或接班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、交班注意事项或接班诊疗计划、医师签名等。

(六)转科记录是指患者住院期间需要转科时，经转入科室医师会诊并同意接收后，由转出科室和转入科室医师分别书写的记录。包括转出记录和转入记录。转出记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成(紧急情况除外);转入记录由转入科室医师于患者转入后24小时内完成。转科记录内容包括入院日期、转出或转入日期，转出、转入科室，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转科目的及注意事项或转入诊疗计划、医师签名等。

(七)阶段小结是指患者住院时间较长，由经治医师每月所作病情及诊疗情况总结。阶段小结的内容包括入院日期、小结日期，患者姓名、性别、年龄、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、医师签名等。

交(接)班记录、转科记录可代替阶段小结。

(八)抢救记录是指患者病情危重，采取抢救措施时作的记录。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。内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。记录抢救时间应当具体到分钟。

(九)有创诊疗操作记录是指在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作(如胸腔穿刺、腹腔穿刺等)的记录。应当在操作完成后即刻书写。内容包括操作名称、操作时间、操作步骤、结果及患者一般情况，记录过程是否顺利、有无不良反应，术后注意事项及是否向患者说明，操作医师签名。

(十)会诊记录(含会诊意见)是指患者在住院期间需要其他科室或者其他医疗机构协助诊疗时，分别由申请医师和会诊医师书写的记录。会诊记录应另页书写。内容包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应当简要载明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的，申请会诊医师签名等。常规会诊意见记录应当由会诊医师在会诊申请发出后48小时内完成，急会诊时会诊医师应当在会诊申请发出后10分钟内到场，并在会诊结束后即刻完成会诊记录。会诊记录内容包括会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。申请会诊医师应在病程记录中记录会诊意见执行情况。

(十一)术前小结是指在患者手术前，由经治医师对患者病情所作的总结。内容包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项，并记录手术者术前查看患者相关情况等。

(十二)术前讨论记录是指因患者病情较重或手术难度较大，手术前在上级医师主持下，对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所作的讨论。讨论内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、讨论日期、记录者的签名等。

(十三)麻醉术前访视记录是指在麻醉实施前，由麻醉医师对患者拟施麻醉进行风险评估的记录。麻醉术前访视可另立单页，也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者一般情况、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字并填写日期。

(十四)麻醉记录是指麻醉医师在麻醉实施中书写的麻醉经过及处理措施的记录。麻醉记录应当另页书写，内容包括患者一般情况、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉诱导及各项操作开始及结束时间、麻醉期间用药名称、方式及剂量、麻醉期间特殊或突发情况及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等。

(十五)手术记录是指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录，应当在术后24小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时，应有手术者签名。手术记录应当另页书写，内容包括一般项目(患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号)、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等。

(十六)手术安全核查记录是指由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方，在麻醉实施前、手术开始前和病人离室前，共同对病人身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录，输血的病人还应对血型、用血量进行核对。应有手术医师、麻醉医师和巡回护士三方核对、确认并签字。

(十七)手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录，应当在手术结束后即时完成。手术清点记录应当另页书写，内容包括患者姓名、住院病历号(或病案号)、手术日期、手术名称、术中所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器械护士签名等。

(十八)术后首次病程记录是指参加手术的医师在患者术后即时完成的病程记录。内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等。

(十九)麻醉术后访视记录是指麻醉实施后，由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。麻醉术后访视可另立单页，也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等，如有特殊情况应详细记录，麻醉医师签字并填写日期。

(二十)出院记录是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结，应当在患者出院后24小时内完成。内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、医师签名等。

(二十一)死亡记录是指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录，应当在患者死亡后24小时内完成。内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过(重点记录病情演变、抢救经过)、死亡原因、死亡诊断等。记录死亡时间应当具体到分钟。

(二十二)死亡病例讨论记录是指在患者死亡一周内，由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持，对死亡病例进行讨论、分析的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录者的签名等。

(二十三)病重(病危)患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重(病危)患者住院期间护理过程的客观记录。病重(病危)患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写。内容包括患者姓名、科别、住院病历号(或病案号)、床位号、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。记录时间应当具体到分钟。

第二十三条手术同意书是指手术前，经治医师向患者告知拟施手术的相关情况，并由患者签署是否同意手术的医学文书。内容包括术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、患者签署意见并签名、经治医师和术者签名等。

第二十四条麻醉同意书是指麻醉前,麻醉医师向患者告知拟施麻醉的相关情况,并由患者签署是否同意麻醉意见的医学文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、术前诊断、拟行手术方式、拟行麻醉方式，患者基础疾病及可能对麻醉产生影响的特殊情况，麻醉中拟行的有创操作和监测，麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况，患者签署意见并签名、麻醉医师签名并填写日期。

第二十五条输血治疗知情同意书是指输血前，经治医师向患者告知输血的相关情况，并由患者签署是否同意输血的医学文书。输血治疗知情同意书内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病案号、诊断、输血指征、拟输血成份、输血前有关检查结果、输血风险及可能产生的不良后果、患者签署意见并签名、医师签名并填写日期。

第二十六条特殊检查、特殊治疗同意书是指在实施特殊检查、特殊治疗前，经治医师向患者告知特殊检查、特殊治疗的相关情况，并由患者签署是否同意检查、治疗的医学文书。内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、患者签名、医师签名等。

第二十七条病危(重)通知书是指因患者病情危、重时，由经治医师或值班医师向患者家属告知病情，并由患方签名的医疗文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、科别，目前诊断及病情危重情况，患方签名、医师签名并填写日期。一式两份，一份交患方保存，另一份归病历中保存。

第二十八条医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。

长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号(或病案号)、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、执行护士签名。临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行护士签名等。

医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱应当只包含一个内容，并注明下达时间，应当具体到分钟。医嘱不得涂改。需要取消时，应当使用红色墨水标注“取消”字样并签名。

一般情况下，医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

第二十九条辅助检查报告单是指患者住院期间所做各项检验、检查结果的记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、住院病历号(或病案号)、检查项目、检查结果、报告日期、报告人员签名或者印章等。

第三十条体温单为表格式，以护士填写为主。内容包括患者姓名、科室、床号、入院日期、住院病历号(或病案号)、日期、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院周数等。

第三十一条打印病历是指应用字处理软件编辑生成并打印的病历(如word文档、wps文档等)。打印病历应当按照本规定的内容录入并及时打印，由相应医务人员手写签名。

第三十二条医疗机构打印病历应当统一纸张、字体、字号及排版格式。打印字迹应清楚易认，符合病历保存期限和复印的要求。

第三十三条打印病历编辑过程中应当按照权限要求进行修改，已完成录入打印并签名的病历不得修改。

第三十四条住院病案首页按照《卫生部关于修订下发住院病案首页的通知》(卫医发〔202\_〕286号)的规定书写。

第三十五条特殊检查、特殊治疗按照《医疗机构管理条例实施细则》(1994年卫生部令第35号)有关规定执行。

第三十六条中医病历书写基本规范由国家中医药管理局另行制定。

第三十七条电子病历基本规范由卫生部另行制定。

第三十八条本规范自202\_年3月1日起施行。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！