# 202\_年病历书写规范版 书写病历心得体会(优质17篇)

来源：网络 作者：梦中情人 更新时间：2024-02-09

*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。大家想知道怎么样才能写一篇比较优质的范文吗？下面是小编为大家收集的优秀范文，供大家参考借鉴，希望可以帮助到有需要的朋友。病历书写规范版...*

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。大家想知道怎么样才能写一篇比较优质的范文吗？下面是小编为大家收集的优秀范文，供大家参考借鉴，希望可以帮助到有需要的朋友。

**病历书写规范版篇一**

病历是医生在患者就诊期间所做的记录。它记录了患者的症状、体征、疾病诊断和治疗方案等重要信息。对于医生而言，书写病历是一项非常重要的工作。通过书写病历，医生可以更好地了解患者的病情，为患者提供合理的治疗方案。在我的学习和实践中，我深深地意识到了书写病历的重要性，并积累了一些心得体会。

第二段：准确与全面。

书写病历的首要目标是准确记录信息。医生需要仔细地观察患者的症状和体征，并将其记录下来。信息的准确性对于正确的诊断和治疗至关重要。此外，病历也应该尽可能地全面。除了基本的患者信息外，还要记录患者的病史、既往史和家族史等。这些信息可以帮助医生判断患者疾病的病因和发展趋势，为患者提供更全面和个性化的治疗方案。

第三段：系统与逻辑。

书写病历需要有一定的系统性和逻辑性。医生需要按照一定的顺序将信息进行组织和分类。一般来说，病历可以分成四个部分：主诉、现病史、体格检查和辅助检查。主诉应该详细记录患者的主要症状和不适感，现病史应该详细描述患者的病情发展过程，体格检查应该准确记录患者的体征，辅助检查应该记录各种实验室检查和影像学检查结果。通过按照系统和逻辑的方式记录信息，可以更好地展现患者的病情，方便医生与其他医护人员进行交流和协作。

第四段：规范与语言。

书写病历需要符合一定的规范和要求。医生需要遵循统一的病历书写格式，如统一的标题、字体和间距等。此外，医生还需要使用专业术语和规范的语言。医学领域有许多专业术语和缩写词，医生应该熟悉并正确使用它们，以确保信息的准确性和可读性。规范和准确的语言也可以展示医生的专业水平和认真态度。

第五段：隐私与保密。

书写病历涉及到患者的隐私和个人信息，医生应该保持高度的责任和保密意识。医生在书写病历时，必须尊重患者的隐私权，并遵守相关法律法规。医生应该注意不泄露患者的个人信息，如姓名、年龄、住址等。另外，医生应该将患者的病历妥善保管，确保它们只能被授权的医护人员查阅。只有在合法和必要的情况下，才能将患者的病历提供给其他医疗机构或相关部门。

结尾段：总结。

通过书写病历，医生可以更好地记录和传递信息，为患者提供个性化的治疗方案。准确、全面、系统、规范和保密是书写病历的重要原则，医生需要严格遵守。在今后的学习和实践中，我将进一步提高书写病历的能力，并努力为患者提供更优质的医疗服务。

**病历书写规范版篇二**

病历是医学生每天工作中必不可少的一部分，它记录了患者的病情、治疗过程和医生的医疗方案。准确、清晰地书写病历对于患者的诊疗质量和医疗流程的顺利进行至关重要。在我的医学学习中，我积累了一些关于病历书写的心得体会。

首先，准确是书写病历的基本要求。在书写病历时，医学生应该尽量避免使用模糊不清的词汇和描述。比如，不要用“差不多”、“可能”、“应该”等词汇，而是要用准确的量化指标和描述来描绘患者的病情。此外，还要注意一些常见的拼写错误和专业术语的使用。只有准确的书写，才能确保医疗团队对患者的病情有一个统一的认识，更好地进行诊断和治疗。

其次，病历应该包含全面的信息。包括患者的个人信息、过敏史、病史、症状、体征、检查结果、诊断和治疗计划等方面。在书写病历时，医学生要全面地搜集和整理这些信息，并清晰地呈现出来。这有助于医生更好地了解病情，为患者提供科学有效的诊疗方案。同时，患者在后续的就诊中，也可以更方便地了解自己的病情和治疗进展。

第三，病历的书写应该符合规范。医学生要掌握病历书写的格式和内容要求。通常病历包括主述、现病史、既往史、个人史、家族史、专科检查、辅助检查、诊断和治疗方案等部分。在每个部分中，医学生要按照规定的条目和顺序进行书写，并尽量使用专业的术语和通用的缩写。这有助于标准化病历的书写，提高病历的整体质量。

第四，病历的书写应该具有逻辑性。在书写病历时，医学生应按照时间顺序将各项信息串联起来，形成一个清晰、连贯的病程。从患者的主述开始，到病史、症状、体征、检查结果，再到诊断和治疗方案，每一项内容应该有明确的联系和关联。这样可以帮助医生更好地理解病因、病程和治疗效果，也有利于后续医疗工作的开展。

最后，病历的书写应该注重细节。医学生在书写病历时要注重记录一些细节和特殊情况，比如患者的特殊症状、药物过敏反应、不良反应等。这些细节可以提供更全面的信息，有助于医生更好地判断和处理特殊情况。此外，医学生还应该注意诊断和治疗方案的讲解，尽可能为患者提供详细的解释和建议。

病历书写是医学生不可或缺的一项技能，它关系到医疗质量和患者的健康。通过不断地学习和实践，我深刻认识到病历书写的重要性，并总结了上述心得体会。准确、全面、规范、逻辑和细致是我在书写病历中一直努力追求的目标。希望在今后的学习和工作中，我能够不断提高病历书写的水平，为患者提供更好的医疗服务。

**病历书写规范版篇三**

近年来，随着生活水平的不断提高，市民对牙齿保健重要性的认识不断增强，作为治疗、保健兼美容的“洗牙”也被越来越多的人接受。

市牙病防治院的王晓玲副主任医师告诉记者，以前，大部分患者都是得了牙病后才到医院就诊，在医生的要求下才进行洗牙，洗牙在他们的认识上仅仅是一种治疗手段。而现在很多人的口腔保健意识有所增强，尤其是30~40岁的人，已将洗牙视为另一种洁牙方式，一种常规的牙齿保健手段。

其实洗牙在国外早已被大众所接受，其主要目的是为了防治口腔疾病，应该进行提倡，但很多人对洗牙不太了解，加上受某些因素的影响，出现了一些认识上的误区。

误区一：天天刷牙，洗牙可谓多此一举。

王医生告诉记者，在发达国家，洗牙已成为很普及的常规口腔保健，人们一般每年一至两次定期找自己的牙医去洗牙。因此，目前我们最主要的是正确认识洗牙，转变观念。

洗牙完全不同于普通的清洁牙齿浅表面污垢，它还可以彻底清除普通刷牙所无法去掉的菌斑、结石和沉积在牙齿表面的色素，从而令牙周组织保持健康，防治牙周病，而且洁牙时容易发现细小的不易觉察的牙病，如比较隐蔽的龋齿，达到早发现早治疗的目的。

一般情况下，洗牙作为常规护理可半年或一年洗一次，对于有牙周炎的患者，则需要在医生的指导下进行定期洗牙。

误区二：洗牙会损坏牙齿，磨掉牙齿表面的釉质。

很多人有种顾虑，洗牙会将牙齿表面的釉质磨损掉。其实不然，王医生解释，现在正规医院用的都是进口的超声波洗牙机器，它的原理是超声振动，不是磨除，对牙齿没有伤害，其针头并没有任何切削功能，是靠超声波的高频振动来击碎牙石，而且现在洗牙过后还可通过抛光、喷砂在牙齿外部加一层保护膜，减慢再次积石的速度。

误区三：洗牙过后，牙缝反而变大。

很多洗过牙的人会感觉不习惯，虽然牙齿变白、变干净了，但牙缝反而变大了。难道是洗牙造成的?王医生告诉记者，牙缝变大只是一种视觉印象，它说明你本身有牙周病、有积石，而导致了牙龈萎缩，通过洗牙去除牙石后，原本被积石占据的空间释放出来而给人造成牙缝增宽的\'错觉。因此，洗牙本身并不会造成牙缝变大，而这类人在洗牙后平时更应该注重清洁。

误区四：美容院和一些小诊所都有洗牙的，那里比正规医院速度快，更方便。

现在只要是有牙科的诊所、医院，一般都有洗牙这项服务，就连小小的美容院也出现了这种服务，而且还很便宜。但王医生谈到，洗牙需要提倡，但更要安全正规。

在一些小诊所或美容院，其不正规的快速洗牙方法会给洗牙者带来不良后果，对洗牙者的牙釉质本身造成损伤，形成肉眼看不出的表面划痕，而且还会损坏牙龈，加重牙周病的病情，最严重的还极易造成交叉感染，不经过安全消毒的仪器十分容易传染肝炎和艾滋病等的病毒，给人们造成不必要的麻烦。

而在正规医院都是由医务人员专门进行操作的，目前最常用的是超声波洁牙机，对仪器、针头进行了严格的消毒，进行正规的洗牙，既达到防治牙周病的目的，又保证了健康安全。整个洗牙过程大概需一个小时，收费也较为合理，单颗牙价格为3元，整副牙齿为100元左右。

中医谈护牙。

以上是牙科专家对洗牙这种牙齿保健方式的采访内容，同时记者还请教了中医师，中医虽然没有专门洗牙的方法，但其却有自己独到的保健牙齿的方式。

中医专家沈医生提出了几招妙招，其中最简单也挺有效的就是传统医学提倡的叩齿和按摩牙龈的方法。方法是在有空没空时，让上下两排牙齿相互碰撞，发出扣扣的声音，连续数十下，既可以活动面部肌肉，又可以保护牙齿。同时还可在洗脸时，用食指上下旋转按摩牙龈，排除龈沟及牙周袋分泌物，可改善牙龈内血液循环，提高牙周组织抵抗力，从而防止牙周病。

其次，沈医生推荐食物健齿方法，可多吃一些核桃、梨、枸杞子、大枣、蜂蜜等来保护牙齿，防治牙周病。中医认为：“肾主骨，生髓，齿为骨之余。”枸杞子有补益肝肾之功，久服坚筋骨，可补肾固齿，能促进牙周膜或纤维细胞增殖及附着作用。

其次，像大枣中的乌苏酸和夹竹桃酸，能控制蛀齿菌产生酶，常食大枣，不仅可以健脾养胃，还能保护牙齿。再者，像蜂蜜可以抑制细菌生长，还能减少酸类物质的数量，可用来治疗牙周病。

相关链接：洗牙后的注意事项。

洗牙后虽然牙齿变干净，若因此忽略清洁，很快牙结石会再长出来，所以勤刷牙及使用牙线仍是必要的。

洗牙后的牙齿对冷热会有点敏感而感到酸痛，这暂时的症状及原来刷牙容易流血的情形通常在一周左右会消失。若酸痛症状一直存在可考虑市面上的抗敏感牙膏，使用一个月左右多会改善。

哪些人群不适合洗牙?

洗牙虽然有益于口腔健康，但它并不适合所有人，特别是以下5类人群：

1.患有出血性疾病的人群，如血小板减少症患者、白血病患者、未控制的二型糖尿病患者等，应该预先适量应用促凝血药物，控制凝血速度，以免洗牙时出血不止。

2.患有急性传染病的人群，如急性肝炎活动期、结核病患者等，这类人应该等到疾病稳定后，才可到医院进行洗牙。一方面是因为他们的病情，再者也是为了避免传染他人。

3.口腔局部软硬组织炎症处于急性期的患者，应该待急性期过后再洗牙，以免炎症通过血液传播、扩散。

4.患有牙龈部恶性肿瘤的患者，不宜接受常规洗牙，以免肿瘤扩散。

5.患有活动性心绞痛、半年内发作过的心肌梗塞以及未能有效控制的高血压和心力衰竭等患者，不宜接受常规洗牙治疗。

**病历书写规范版篇四**

脂肪肝是一种常见的慢性肝病，其特征为肝细胞内脂肪的异常积聚。随着现代生活方式的改变，脂肪肝患者数量大幅增加，对于医务工作者来说，正确书写和记录患者的病历是非常重要的。通过书写脂肪肝病历，可以更好地了解患者的病情变化、治疗效果以及指导未来的治疗方案。在实践中，我积累了一些心得体会，现在分享给大家。

第二段：书写准确性。

书写脂肪肝病历的第一要求是准确。我们要严格按照格式填写病历，包括个人基本信息、入院时间、主诉、既往病史、家族史以及详细的体格检查和实验室检查结果等。在写病历时，不能有任何错误和遗漏，因为这些信息在后续的治疗中至关重要。此外，我们还要注意书写的规范性，用词准确，语句通顺，不要使用口语化的表达方式。这样可以方便其他医务人员对病况进行准确的判断和交流。

第三段：注意观察记录。

在书写脂肪肝病历时，我们不仅要注重患者个人信息的完整性，还要重点关注病情的变化和治疗效果的观察记录。在每一次随访中，我们要详细记录患者的症状改善情况、体征变化以及各项检查结果等。如果患者的病情出现波动或者有明显的进展，我们应该及时记录，并进行详细分析。此外，在记录过程中，我们还要注意描述的客观性，尽量避免主观臆断和个人漏洞的影响，以确保记录的准确性和信任度。

第四段：提供治疗方案。

书写脂肪肝病历不仅仅是为了记录患者病情，更重要的是为患者提供治疗方案。在病历中，我们要清晰地罗列出目前所使用的治疗方案，并详细记录患者的服药情况、疗程和疗效等。同时，我们还要在病历中提供诸如饮食建议、生活习惯改变等非药物治疗措施，以促进患者康复。此外，如果在随访过程中，发现患者病情没有改善或者出现并发症，我们应该及时调整治疗方案，并在病历中进行记录和反馈。

第五段：反思和学习。

书写脂肪肝病历不仅可以总结病例经验，更重要的是反思和学习。通过对患者病情的观察和记录，我们可以不断反思自己的治疗方案和方法，分析治疗效果和不良反应的原因，并在后续的工作中进行改进和优化。此外，我们还可以通过研读相关文献、参加学术会议等方式，不断学习和掌握新的治疗方法和理论知识，以提高自己的临床水平和治疗能力。只有不断学习和进步，我们才能更好地服务于患者，提供更有效的治疗手段。

结论：

正确书写和记录脂肪肝病历是一项责任重大的工作，它关系到患者的诊断、治疗以及未来的康复。通过准确、详实、规范的病历记录，我们可以更好地了解患者的病情变化、治疗效果以及指导未来的治疗方案。同时，书写脂肪肝病历也是一次自我反思和学习的机会，通过不断总结经验、学习新知，我们可以提高自己的临床水平并为患者提供更好的医疗服务。在今后的工作中，我们应该时刻保持谦虚、勤奋和创新的态度，不断提高自己的能力，为患者带来更美好的未来。

**病历书写规范版篇五**

一、端正态度,热情服务.认真学习《卫生行业纪律“八不准”》、《加强医疗卫生行风建设“九不准”》等文件精神,充分认识加强医德医风建设的重要性和必要性,牢固树立全心全意为人民服务的思想.在工作中,以病人为中心,时刻为病人着想,千方百计为病人祛除病痛、解决烦恼;同时注意服务过程中的礼仪,尊重病人的人格和权利,对待病人能做到一视同仁,为病人保守医密,不泄露病人的隐私和秘密,营造出文明、和谐的就医环境.

自我评价:。

我很喜欢护士这个职业,在校我遵守学校的各种规章制度,尊敬师长,团结同学,受到良好的专业训练和能力的培养,有扎实的理论基础和实践经验,在实习期间我遵守医院及各个科室的规章制度,并能处理好护患关系及医护人员间的关系,获得各科室老师的好评,希望贵医院能够给我一次展现自我,实现自我价值和人生价值的机会,我一定会全力以赴不负所望.

本人在任社区卫生服务站护士期间,拥护党的领导,遵守医院及科室的各项规章制度,团结同事,工作认真负责,无差错事故发生.

本岗位工作包括社区站日常的护理工作如肌肉注射,静脉注射,静脉滴注,小伤口处理,缝针、拆线、换药、发药、推荐购药、计价收费、打印清单、上门建立老年人健康档案以及档案动态管理;残疾人,精神病,智障人士,高血压,糖尿病等慢病人士健康档案及动态管理;以及妇女保健,儿童保健,家庭病床管理等.除此之外,在正常上班的间隙,我还兼管社区药房的工作,包括写领单领药、入库、出库、调价、盘点、整理与保持社区站药房常用药常有,西药约350个品种,中成药约150个品种,中草药约220个品种,存货量长期保持约10万元左右.当然,今年起还增加了医保结算及明细帐目查对.

文档为doc格式。

。

**病历书写规范版篇六**

病历书写基本规范（修订版）。

国家卫生部网站发出通知，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。

将施行的《病历书写基本规范》，对各医疗机构的病历书写行为进行详细规范，以提高病历质量，保障医疗质量和安全。其中，对医患双方易发生误解、争执的环节，提出了明确要求。

以下为全文：

病历书写基本规范。

第一章基本要求。

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。

第二章门(急)诊病历书写内容及要求。

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。

第三章住院病历书写内容及要求。

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、脉博、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院周数等。

第四章打印病历内容及要求。

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。

第五章其他。

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。我部于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。

**病历书写规范版篇七**

外科病历的准确和完整的书写对于病人的治疗和医院的运营都至关重要。作为外科护士，我在长期的工作中不断总结经验，不断提高自己的病历书写技巧。在这篇文章中，我将与大家分享我的心得体会。

第二段：规范化的书写。

外科病历的书写需要规范化，以确保信息的清晰和易读。首先，我在书写病历时尽量使用标准的缩写和术语，以减少不必要的文字描述和疏漏。其次，我也会注意书写的清晰度，尽可能利用规范化的病历模板，填写好相关信息，确保病历的可读性。此外，适当的段落分隔和标点符号的运用也对于病历的可读性起到了重要的作用。

第三段：纪录的准确性。

外科病历书写中准确性是至关重要的。在我进行病历书写时，我会尽可能详细地记录病人的病情、检查结果、治疗过程等关键信息。我也会在书写病历时多次核对和确认，确保没有疏漏。我明白，准确的病历纪录将直接影响到病人的治疗效果和诊断过程，因此我始终坚持对病历的准确性进行高度重视。

第四段：及时上传与更新。

作为外科护士，我明白病历的上传和更新是至关重要的。及时上传病历可以保证医生和其他护士能够及时获取病人的最新信息，更好地为病人提供服务。而病例的更新则能够及时反映病人的治疗效果和病情的变化，为医生提供决策支持。因此，我会尽可能在病历要求的时间范围内上传和更新病历，并确保信息的完整性和准确性。

第五段：团队合作。

外科病历的书写需要与其他医疗人员进行良好的沟通和协作。作为外科护士，我会积极参与团队合作，与医生、其他护士和技术人员共同工作，确保病历信息的准确性和完整性。我也会主动与其他护士或医生交流，了解他们对于病历书写的要求和建议，不断改进自己的书写技巧。在团队合作中，我体会到了病历书写的重要性，也认识到只有与其他医护人员密切协作，才能提高病历书写的质量。

总结：

外科病历书写对于医院的运营和病人的治疗都有着重要的影响。作为外科护士，我深刻认识到病历书写的重要性，不断总结经验，提高自己的书写技巧。通过规范化的书写、准确性的记录、及时上传与更新以及良好的团队合作，我相信我能为病人的治疗提供有力的支持，并为医院的运营做出积极的贡献。

**病历书写规范版篇八**

病 历 书 写 制 度

一、病历记录应用钢笔书写，力求通顺、完善、简练、字迹清楚、整洁，不得涂改，剪贴，医师应签全名。

二、病历一律用中文书写，无正式译名的病名以及药名等例外，诊断手术应按照疾病和手术分类名称填写。

三、门诊病历书写要求 1、要简明扼要，病员的姓名、性别、年龄、职业、籍贯、工作单位、主诉、现病史、既往史、各种阳性体征和必要的阴性体征。 2、间隔时间过久或与前次不同病种的复诊病员，一般都应与初诊病员同样写上检查所见和诊断。 3、每次检查均应填写日期，急诊病历注意时间。 4、请求它科会诊，应将请示会诊的目的及本科初步意见在病历上书写清楚。 5、被邀请会诊医师应在请求会诊的病历上填写检查所见，诊断和处理意见并签字。 6、门诊病员需要住院，由医师填写住院证，并在病历上写明诊断和处理意见并签字。 7、门诊实行首诊负责制，接诊、会诊、住院、转诊等均由首诊医师负责并在门诊病历上记录清楚。

四、住院病历的书与要求 1、新入院病员必须书写局 一份完整病历（接省卫生厅“病历书写规范”要求） 2、书写时力求详尽、整齐、准确，要求入院24小时内完成，急诊应即刻检查书写。 3、实习医师、进修医师要书写大病历，经上级医师审查签字，上级医师在斜线上面签名，书写医师斜线下签名，经治医还要完成住院志及首次病程记录。 4、新毕业分配我院的医师两年内需书写大病历，新调入我院的医师3个月内需书写大病历，书写大病历的医师经医务科考核批准后方可书写入院志。 5、再次入院者应书写再次入院病历。 6、首次病程记录应包括简单扼要的病史、阳性体征、病因分析（鉴别诊断）诊断依据、治疗计划等。主治医师查房要在24小时内完成，主任查房的\'病程记录包括病情变化、检查所见、上级医师对病情的分析及诊疗意见、处置及医疗思路，凡施特殊处理时要记明施行方法和时间及诊疗操作中病人的反应等，病程记录一般应3~7天记录一次，危重病人随时记录，病程记录由主管医师、值班医师负责记载。 7、科内或全院会诊及疑难病例的计论，主治医师应做详细记录，会诊医师填写会诊记录并签字。 8、手术病员的术前准备、术前讨论、手术记录、术后总结及术后病程志应按时完成，不得拖延。 9、交接-班时均需由交-班医师、接-班医师书写交接-班记录。 10、对转诊、转科或转院的病员，经治医师必须书写较详细的转诊、转科或转院记录，主治医师审查签字。 11、各种检查回报单应按顺序粘贴。 12、出院小结和死亡记录应在当日完成，出院小结内容包括病历摘要及各项检查要点，住院期间的病情转变及治疗过程、效果、出院时情况，出院后处理方法和随诊计划，由经治医师书写，死亡记录除病历摘要、死亡原因、治疗经过外，应记载抢救措施、死亡时间等，并做好死亡病历讨论和详细记录。

)

**病历书写规范版篇九**

第一章 基本要求

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。

第二章 门(急)诊病历书写内容及要求

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。

第三章 住院病历书写内容及要求

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。

**病历书写规范版篇十**

外科病历书写是医务人员日常工作中必不可少的一项任务，对于外科护士来说，正确、规范地书写病历是保证患者安全和医疗质量的基本要求。在长期的病历书写工作中，我深深地感受到了它的重要性，并总结出了一些心得体会，希望能与大家分享。

第二段：准确性与规范性。

准确、规范是我在病历书写中最为注重的两个方面。在病历的书写过程中，我要全面准确地记录病人的主诉、体格检查、病情变化等信息，这些信息对医生的诊断和治疗起到至关重要的作用。同时，我要按照病历书写规范标准，填写病历表格、使用专业术语，以便于医生理解和阅读，确保病历的连贯性和完整性。

第三段：分秒必争的时间管理。

外科病历的书写工作需要在繁忙的临床环境中进行，时间压力非常大。在这样的情况下，我学会了高效的时间管理。首先，我会合理安排工作时间，优先处理紧急的事务，并合理规划时间来书写病历。其次，我会学会分析病情，重点观察患者的症状和体征，并迅速记录下来，尽可能多地利用时间。通过这种时间管理的方式，我能够保证病历的及时完成，提高工作效率。

第四段：团队协作与交流沟通。

外科病历的书写工作需要与其他医务人员密切配合，因此团队协作和交流沟通非常重要。在书写病历时，我会与医生和其他护士多次沟通交流，了解病人的具体病情信息，并及时记录到病历中。同时，我们也要相互配合，共同完成病历的书写工作。通过团队协作和交流沟通，我们能够更好地提高病历书写的质量，减少错误和遗漏。

第五段：严守保密与患者安全。

作为医务人员，我们要始终严守患者的隐私，保护患者的隐私权。在病历的书写过程中，我会仔细核对患者的个人信息，并妥善保管所有病历资料。同时，我也会注意保护患者的隐私，避免将患者的信息泄露给他人。此外，在书写病历时，我也会注意患者的安全，确保准确记录患者的用药情况和过敏史等重要信息，以便医生在治疗中能够及时避免危险。

结语：

外科病历书写对于外科护士来说是一项非常重要的工作，准确、规范地书写病历是保证医疗质量和患者安全的基本要求。通过学习和总结，我不仅提高了病历书写的质量和效率，也体会到了团队协作和患者安全的重要性。我相信在今后的工作中，我将继续努力，不断提升自己的病历书写能力，为患者的健康贡献自己的力量。

**病历书写规范版篇十一**

我叫xxx，男，汉族，现年五十七岁，家住xx镇xx村七巷八号。

本人因罹患心脏病失去劳动本事，多年来一向四处求医，靠药物控制病情，维持生命。20xx年3月份以来，各种症状明显加重，经医院检查为xxxxxxxxxx等病症，后到xx县人民医院住院治疗。医生提议，药物治疗非长久之计，仅有经过手术治疗才能痊愈。在医生的提议下，本人遂于202\_年五月份到xx医院安装了心脏起搏器。

我和爱人已经下岗多年，靠平时打点零工艰难度日，家庭主要收入很不稳定，此刻又失去劳动本事，无力承担十多万元的手术费和由此而产生的`其他费用。其中大部分治疗费用都是从亲戚和朋友中借款筹备的。这不仅仅花光的家里的全部积蓄，并且债台高筑。

所以，本人特向贵单位申请大病医疗救助，恳请给予本人大病救助为谢！本人及全家对贵单位的帮忙将感激不尽！

此致

敬礼

申请人：xx。

**病历书写规范版篇十二**

第一段：引言（100字）。

外科病历书写是护士在工作中不可或缺的一部分，准确记录和书写病历是确保医疗质量和安全的重要环节。作为外科护士，我从事临床工作多年，在病历书写方面有着丰富的经验和体会。下面我将分享一些心得和体会，以期能够提高我们的工作效率和质量。

第二段：重视详实和清晰（250字）。

详实和清晰是书写病历的首要原则。在记录病历时，我们护士要准确地记录患者的主诉、症状、体征以及医生的诊断和治疗方案等信息。患者的主诉可能是诊断的重要线索之一，我们要仔细听取患者的陈述并详细记录。在描述体征时，要使用准确的术语，避免使用模糊的描述词语，如“正常”、“异常”等。此外，书写时应注意字迹工整、排版清晰，以提高文档的可读性和易查性。

第三段：合规和保密（250字）。

合规和保密是书写病历的必须遵循的原则。我们在书写病历时要遵守医疗机构的相关规定和制度，确保书写符合标准和要求。例如，要注意使用正确的缩写和标点符号，不得出现错别字和语法错误。保密是外科病历书写的重要内容，我们要保护患者的隐私和个人信息，确保病历不被泄露，避免不必要的纠纷和法律纠纷。

第四段：时效和归档（300字）。

时效和归档是病历管理的重要环节，对于外科护士来说尤为重要。我们要及时完成病历的书写和整理工作，确保病历及时提交。病历的时效性对于医生的诊断和治疗决策至关重要，因此，我们要养成良好的记录和书写习惯。在归档方面，我们要注意将病历按照时间和科室归档整理，以方便后续的查询和使用。同时，还要做好病历的保管工作，确保病历不被损坏或丢失。

第五段：持续学习和提高（300字）。

书写病历是护士工作中的重要部分，我们要持续学习和提高书写的水平。在实践中，我们要善于总结经验和教训，及时改进和调整书写方式和方法。可以参加专业培训班或研讨会，了解最新的病历书写规范和标准，与同行交流经验和心得。此外，我们还可以借助电子病历系统和专业软件，提高书写效率和准确性。通过不断学习和提高，我们可以提高书写病历的质量和效率，为患者提供更好的医疗服务。

总结（100字）。

外科病历书写是外科护士工作的重要内容，准确、清晰、合规和保密是我们护士在书写病历时应遵循的原则。时效和归档是病历管理的关键环节，我们要准时完成书写和整理工作。同时，要持续学习和提高，不断提高书写病历的质量和效率。只有如此，我们才能更好地为患者提供优质的护理服务。

**病历书写规范版篇十三**

外科病历的书写是外科医生工作中至关重要的一环，它是医生和患者之间顺畅沟通的重要工具。正确且清晰地书写病历，不仅有助于医生之间的交流，更能有效保障患者的权益和安全。通过长期的实践，我对外科病历的书写有了一些心得和体会，希望对大家有所启发。

第二段：准确记录和详细描述的重要性。

在书写外科病历时，准确记录和详细描述是至关重要的。首先，医生应该尽量选择简练准确的词语来描述病情，避免使用模糊或不确定的词汇。其次，医生应该养成描述患者病情变化的好习惯，包括主诉、现病史、既往史、体格检查、辅助检查等方面的内容，这些具体而详尽的描述对于其他医生的诊断和决策有着非常重要的作用。最后，在书写过程中，医生还应注意用语的客观性，避免主观色彩的表达，提高病历的可信度。

第三段：逻辑清晰和结构合理的要求。

外科病历的书写应当具备逻辑清晰和结构合理的特点。医生应该按照病程的顺序书写不同阶段的资料，遵循“首尾呼应、前言承接、环环相扣”的原则，保持叙述内容的连贯性。此外，医生还应该养成书写病历时逻辑思维的习惯，将病历中的数据、观察和诊疗过程等因果关系清晰地呈现出来，以提高对病情的理解和判断。

第四段：准确标识和格式规范的重要性。

正确的标识和规范的格式是外科病历书写的基本要求。正确的标识包括书写患者的姓名、性别、年龄等个人信息，以及日期、时间等相关信息。医生还应该在病历上注明自己的签名和职称，以确保医疗行为的合法性和责任归属。而格式规范主要包括依照统一的标准、合理地安排病历中各项内容的次序、使用规范的缩写和术语等。只有做到标识准确和格式规范，才能保证外科病历的整体质量。

第五段：合作交流和不断学习的重要性。

外科病历书写是一个需要合作交流的过程。作为医生，我们应该积极主动地与其他医务人员进行沟通和交流，不断改善和提升病历的质量。此外，我们还应该时刻保持学习的心态，关注医学科研的最新进展，掌握最新的诊治技术和常用的术语，以提高书写病历的水平和质量。

结尾：

正确书写外科病历对于患者的治疗效果和安全至关重要，希望通过我的心得和体会，能够引起大家对外科病历的重视并加以改进。只有准确记录和详细描述、逻辑清晰和结构合理、准确标识和格式规范，并保持合作交流和不断学习的态度，我们才能书写出高质量的外科病历，为患者提供更好的医疗服务。

**病历书写规范版篇十四**

第十一条门（急）诊病历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、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。来源：

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。来源：

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。来源：

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。

第十五条抢救危重患者时，应当书写抢救记录。对收入急诊室观察室的患者，应当书写留观期间的观察记录。

将本文的word文档下载到电脑，方便收藏和打印。

**病历书写规范版篇十五**

第一段：引言（150字）。

外科病历书写是医学过程中重要的一环。准确、清晰的病历书写有助于提高医疗工作效率、减少医疗失误。通过本文，将分享我的一些病历书写心得体会，以期对广大医务工作者在外科病历书写中有所借鉴。

第二段：准确性（250字）。

外科病历书写的准确性对于患者的治疗起着重要作用。首先，对患者的个人信息，如姓名、性别、年龄等要准确无误地填写；其次，在主诉、现病史、既往史等方面，应详细收集信息，以便医生制定针对性的治疗方案。此外，对体格检查过程中取得的相关结果，如血压、体温、心肺听诊等，需要准确书写，以保证医生对患者的健康状况能全面了解，提供针对性的治疗。

第三段：清晰性（250字）。

清晰的病历书写对医疗工作的顺利进行至关重要。一方面，应注意字迹清晰、规范，以免造成医生的误读，造成不必要的麻烦。另一方面，对患者的病情描述，要遵循相应的医学术语规范，确保医生能够准确理解。此外，合理的段落划分和部分文字加粗等标记方式，能使医生更加迅速地找到重要信息，提高工作效率。

第四段：精炼性（250字）。

精炼的病历书写可以提高医疗工作的效率。由于病历书写受到时间的制约，应做到言简意赅，去除不必要的重复和废话。尽量使用简短、精炼的句子，以便医生能够迅速阅读和理解。同时，应注意病例信息的有序排列，使整个病历呈现出一种清晰、逻辑的结构，在阅读时更加方便。

第五段：综述（300字）。

外科病历书写的准确、清晰和精炼是为了提高医疗工作的质量和效率。准确性可以确保医生对患者病情的全面了解，为治疗方案的制定提供依据。清晰性和精炼性则可以提高医生对病历的理解和工作效率。因此，医务工作者在书写外科病历时，应严格遵循相应的规范，尽最大努力将病历书写得准确、清晰和精炼。通过不断总结和学习，我们可以不断提高病历书写的水平，为患者提供更加优质的医疗服务。

总结：

外科病历书写是医疗工作中的重要环节，准确、清晰和精炼是其核心要素。在书写病历时，医务工作者应严格遵循相关规范，注重个人信息的准确性、病例描述的清晰性和节省不必要的废话。通过不断学习和总结，我们可以将病历书写的技巧和水平不断提高，提高医疗工作的质量和效率。

**病历书写规范版篇十六**

一、填空题（每空1分，共30分）：

1。病历书写应遵循（）、（）、（）、（）、（）、（）的原则。[］。

2。患者在一次住院期间，有手术也有操作，填写住院病案首页手术及操作名称栏时先填写（），后填写（）。

3。手术记录完成时限：一般在术后（）内完成，危重患者（）完成。完成人员：一般由(完成，特殊状况下由（）书写，应有（）审查签名。

4。手术安全核查记录需有（）、（）、（）三方核对，并签字。

6。医疗活动中，患者年满18周岁且处于昏迷、休克、麻醉等意识丧失状态时，其知情同意权由患者的（）代为行使。

7。医疗风险相对小的常规性医疗措施，可采用（）告知的方式履行告知义务。病历中的告知主要以（）告知为主。

8。上级医师日常查房记录，一般状况下主治医师每周不少于（）次，主任（副主任）医师每周不少于（）次。

9。药物医嘱顺序：先写（）药物；再写（）药物；最后写（）药物。

10。长期医嘱有效时光（）以上，医师注明（）时光后即失效。临时医嘱有效时光（）以内。临时医嘱只限执行（）次。

二、是非题（每题1分，共10分）：

1。病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时光，采取24小时制记录，记录到时。（）

2。死亡患者家属拒不签署“尸检知情同意书”时，应在病历中详细记录。（）。

3。户口地址指患者户籍登记所在地址，按户口所在地填写。记录至乡镇级即可。（）。

4。首页中的入院时光为患者办理入院手续时的时光，病历中入院记录、出院记录、体温单、首次病程记录等入院时光务必与病案首页上的入院时光相一致。（）。

5。主诉中的时光数字要统一使用阿拉伯数字。（）。

6。凡“症状待诊”的诊断，以及出院诊断与入院诊断相差太大时，经治医师应做出“补充诊断”。（）。

7。诊断依据能够书写为“根据病史、症状、体征及辅助检查结果此诊断成立”。(）（）。

8。如患者入院24小时内转科，由接收科室（转入科室）书写完成入院记录。（）。

9。抢救记录补记时要按照补记时光书写，但资料务必记录抢救时光，具体到分。（）。

复诵一遍。抢救结束后，医师应当即如实补记医嘱。（）。

三、单选题（每题1分，共20分）：

1、患者住院治疗期间，出于个人原因要求转入上级医院治疗，首页离院方式应填写为（）。

a。医嘱离院b。医嘱转院c。医嘱转社区d。非医嘱离院e。其它。

2、主诉的书写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。指出疾病发生、发展及预后e。。文字精练、术语准确。

3、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。每一天均应记录一次。

d。各级医师查房及会诊意见e。临床操作及治疗措施。

a。首次病程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（）。

d。患者签署意见并签名e。经治医师或术者签名。

6、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。

7、下列医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。

8、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。

9、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。

a。主诉b。现病史c。既往史d。个人史e。家族史。

10、病史的主题部分，应记录疾病的发展变化的全过程，是指（）。

11、患者既往有粉尘接触史应记录于（）。

12、患者对青霉素、磺胺过敏应记录于（）。

13、患者有长期的烟酒嗜好应记录于（）。

14、患者子女健康状况应记录于（）。

a。即刻b。6小时内c。8小时内d。24小时内e。72小时内。

15、首次病程记录完成时限（）。

16、转入记录完成时限（）。

17、抢救记录完成时限（）。

18、有创诊疗操作记录完成时限（）。

19、普通科间会诊完成时限（）。

20、科主任或副高以上职称医师首次查房记录完成时限（）。

四、多选题（每题2分，共20分）：

1、关于首次病程记录的书写要求正确的是（）。

a。病例特点包括阳性发现和具有鉴别诊断好处的阴性症状和体征。

b。初步诊断为待查应在待查下方写出临床首先思考的疾病诊断。

c。诊断依据应充分带给支持疾病诊断的有力证据的汇总状况。

2、下列关于日常病程记录的书写要求正确的是（）。

a。上级医师签名应与病程记录中的查房医师一致。（）。

b。新入院患者应有连续3天的病程记录。

c。对于手术患者，术前1天须有术前小结、手术医师查房记录，

d。中等以上手术应当有术前讨论（应当在手术医嘱下达之前完成）。

e。术后连续3天应有术者或上级医师查房的病程记录，包括术后首次病程记录。

3、告知范围：（）。

a。病危病重的告知b。各种手术、有创操作的告知。

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、下列哪些资料应另立专页书写（）。

a。会诊记录b。麻醉记录c。有创诊疗操作记录d。术前讨论记录e。出院记录。

6、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。

7、住院志的书写形式包括（）。

a。入院记录b。死亡病例讨论记录c。24小时内入出院记录。

d。24小时内入院死亡记录e。再次或多次入院记录。

8、死亡病例讨论记录，讨论的资料包括（）。

a。死亡时光b。疾病的治疗c。死亡原因d。疾病的诊断e。死亡诊断。

9、输血治疗知情同意书，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、出院诊断填写顺序的基本原则（）。

a。主要治疗的疾病在前，未治疗的疾病及陈旧性疾病在后。

b。严重的疾病在前，较轻的疾病在后。

c。本科疾病在前，他科疾病在后。

d。复杂的疾病诊断的填写，病因在前，症状在后。

e。产科诊断有病理状况的后填写病理诊断。

五、简答题（每题10分，共20分）：

1、出院记录资料包括什么？

2、医嘱出院病程记录的书写有何要求？

试题答案。

填空题1。客观真实准确及时完整规范。

2。手术操作3。24即刻手术者第一助手术者。

4。手术医师麻醉医师巡回护士5。10分钟即刻。

6。近亲属7。口头书面8。21。

11。d12。c13。d14。e15。c16。d17。b18。a19。d20。d。

多选：1。abce2。abcd3。abcde4。abcd5。abde。

6。abcd7。acde8。bcde9。abcde10。abcd。

简答题：

1、入院日期、出院日期、主诉、入院状况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院状况、出院医嘱、康复指导与出院随访意见、医师签名。(）

2、遵医嘱出院的患者出院前一天应有病程记录，资料应包括：

（1）下达出院医嘱人员姓名、职称。

（2）患者一般状况如生命体征t、p、r、bp，饮食，大小便状况，伤口愈合状况等。

（3）对患者诊治过程和治疗效果的简单总结。

（4）对患者出院后应注意事项和复诊要求。

文档为doc格式。

。

**病历书写规范版篇十七**

病历书写是医学工作中非常重要的一部分，它记录了患者的病情、就诊经历和治疗方案等重要信息。为了提高病历书写的规范化和准确性，我参加了一次病历书写系列培训。通过这次培训，我深刻体会到了病历书写的重要性以及如何准确、规范地进行书写。以下是我的培训心得体会。

首先，在培训过程中，我意识到病历书写的准确性对于患者的诊疗具有重要的影响。病历是医生和患者之间沟通的桥梁，它包含了患者的病情、就诊过程以及诊疗方案等重要信息。如果病历书写不准确，可能会导致医生在后续的诊疗中误解患者的情况，从而影响治疗效果。因此，我在培训中学到了不仅要全面收集患者的病历资料，还要准确、详细地记录下来，以确保医生能够准确理解患者的病情。

其次，在培训中我学到了病历书写的规范化标准。病历书写是一项专业工作，需要有一定的规范化要求。我学到了病历书写的基本要素，如主诉、现病史、既往史、家族史等。同时，培训中还强调了病历书写的书写规范，如字迹清晰、语言简洁、逻辑清晰等。这样做的目的是为了让医生在阅读病历时能够快速、准确地获取信息，提高工作效率。

第三，培训中还强调了病历书写的重要性。病历是医疗质量评估、医疗纠纷和科学研究的重要依据，良好的病历书写可以提高医疗质量、减少医疗纠纷，对于保障医患双方的权益非常重要。通过这次培训，我深刻认识到了病历书写的重要性，明白了必须要严格按照规范要求进行书写，以提高工作效率和质量。

第四，培训中还介绍了一些常见的病历错误和纠正方法。病历错误是常见的问题，如患者个人信息填写错误、患者诊断错误等。这些错误会导致患者信息不准确、治疗错误等严重后果。为了避免这些错误，我学到了一些纠正方法，如严格核对患者个人信息、定期进行病历审核等。通过这些方法，可以有效避免病历错误，确保病历的准确性和规范性。

最后，在培训的总结环节中，我对这次培训进行了总结和反思。通过培训，我深刻认识到了病历书写的重要性和规范化要求，也发现了自己在病历书写方面存在的不足之处。在以后的工作中，我将更加注重病历书写的准确性和规范性，不断提高自己的专业素养和工作能力。

总之，通过这次病历书写系列培训，我深刻认识到了病历书写的重要性和规范化要求，并学到了一些纠正病历错误的方法。在以后的工作中，我将不断提高自己的病历书写水平，为患者提供更好的医疗服务。

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！