

口腔执业医师实践技能辅导：病历书写 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/230/2021_2022__E5_8F_A3_E8_85_94_E6_89_A7_E4_c112_230540.htm

五、病历书写 病历是诊治疾病的真实记录，是医学教学与科研的宝贵资料，也是法律依据。因此，病历书写是临床医疗工作中的重要环节，必须引起医务人员的高度重视，做到及时认真填写。

1.病历书写的内容包括：一般项目、主诉、现病史、既往史、检查结果、诊断、治疗计划、治疗过程、用药处方及化验处方等。

2.病历书写的基本要求

- (1) 必须用蓝黑墨水钢笔书写，各项记录的标题用红墨水钢笔书写。
- (2) 内容记述一律用汉字，计量单位、符号以及处方术语的拉丁词缩写等除外。
- (3) 有关度量衡单位必须用法定计量单位。
- (4) 各项记录必须按规定格式认真书写，要求内容准确、完整、真实，语句简练，重点突出，层次分明，标点符号正确、清楚。同时应做到字迹清楚，不得随意涂改或挖补剪贴，必要的修改处应签名以示负责。
- (5) 询问病情时尽量用通俗语言，而记录时必须用医学术语。疾病诊断和手术名称应以《国际疾病分类》的规定为准。
- (6) 各项记录必须有完整日期，按“年、月、日”顺序，用阿拉伯数字填写。必要时应加注时间，按照“小时、分 / 上、下午”方式书写。
- (7) 各项记录结束时，医师必须签署全名或盖规定印章于右下方，并做到清晰易认。实习医师、进修医师和住院医师书写的各项记录，必须经其上级医师审阅，用红墨水笔做必要的修改和补充并签名。
- (8) 入院记录一般应在病人入院后24小时内完成；转科记录于转科前完成；转入记录应在24小时内完成；手术

前小结最迟在手术前一日完成；手术记录于术后24小时内完成；手术后当天病程记录在手术后即刻完成；手术后前三天，每天至少有一次病程记录；出院记录于出院时完成；死亡记录24小时内完成；病案首页于当月内完成。 [思考题] 1.试述病历书写的主要内容。 2.试述病历书写的基本要求。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com