

口腔病历书写规范：（急）诊病历书写要求及内容 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_E7_97_85_E5_c112_230628.htm 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：www.examda.com 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：www.examda.com 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：www.examda.com 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。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