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。

病历书写指医务人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、诊疗、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。

病历书写原则是指导临床医务人员书写病历的最基本要求，是临床医务人员书写病历过程中必须严格遵循的规则。

1.病历书写原则

1.1 根据《病历书写基本规范》第三条和《电子病历应用管理规范(试行)》第十二条规定，病历

书写应当遵循客观、真实、准确、及时、完整、规范的原则。

1.1.1 客观是指记录患者客观存在的信息。从病史上来说，应当尽量根据患者或病史陈述者

描述的本意书写。从体征来说，应该是医师亲自诊查所感受和检查到的一切阳性和重

要的阴性结果，不能是听来的，或者主观臆测，或者抄袭他人所写的东西。

1.1.2 真实是指记录的信息与实际发生的一致。医师询问病史、检查患者后，对患者陈述的

病史和检查到的有意义的体征的分析结果在病历上如实记录,医师书写的病历能够真

实地再现患者的疾病发生、发展和演变的全过程。

1.1.3 中找出与本次患病有关的内容，并进行加工和提炼。

1.1.4 及时是指按照不同时限要求完成相应的病历内容书写。

1.1.5 完整是指对诊疗活动全过程相关信息进行记录。医师询问病史、查体等要全面，病历

内容记录要详细、周全，应归入病历的所有资料不得丢失。

1.1.6 规范就是按照法律法规、规章规范、行业标等相关规定及要求书写病历，医学术语应

用得当，记录顺序符合逻辑。

2.病历书写基本要求

2.1资质合规，严格审阅

2.1.1 病历应当按照规定由相应资质的医务人员书写并签名，上级医务人员有审查修改下级

医务人员所书写病历的责任。

2.1.2 实习医务人员、试用期医务人员、进修医务人员书写的病历，应当经过本院的注册的

医务人员审阅、修改并签名。

2.1.3 书写电子病历时，医务人员应当使用本人的专用身份标识登录系统书写，并对本人身

份标识的使用负责。在审阅、修改、确认电病历内容时，电子病历系统应当进行身份

识别、保存历次操作痕迹、记录准确的操作时间和操作人信息。

2.2 书写及时，修改规范

2.2.1 病历须在规定的时间内完成书写。门（急）诊病历在患者就诊时及时完成，入院记录

应在患者入院后24小时内完成，抢救记录应当在抢救结束后6小时内据实补记并加以

注明。

2.2.2 各项记录应注明时间，一律使用阿拉伯字书写日期和时间，采用24小时制记录。急诊

病历、病危重患者病程记录、抢救时间、死亡时间、医嘱下达及执行时间等需记录至

分钟。记录方式为年-月-日时：分，例2020年4月11日下午4点22分，记录为

2020-04-11 16:22。

2.2.3 病历内容的记录应规范、准确。纸质病历在书写中若出现错字、错句，应在错字、错

句上画双横线标示，保留原记录清楚、可辨，注明修改内容、时间并由修改人签名。

不得采用刀刮、胶贴、涂黑、剪贴等方法抹去或掩盖原来的字迹。

2.2.4 病历归档后原则上不修改，特殊情况下确需修改的，需向病案科申请获批准后修改。

纸质病历一般情况下应将归档时的病历内容原件继续保留在病案内，新修改的内容一

并归入病案并注明时间、理由。修改住院电子病历时，系统应当进行身份识别、保存

历次修改痕迹、标记准确的修改时间和修改人信息。

2.2.5 对于已回收到病案科但尚有检验、检查项目报告未完成的病历，可延缓归档，或在出

院记录中写明，并按照要求书写相关病历内容后补充归档。如有补充、修改重要信息(如

病理报告结果、更改出院诊断等)，应据实书写相关病历内容，并及时告知患者或家属。

2.3 格式规范，项目完整

2.3.1 病历具有特定的书写格式，医务人员须按规定格式进行书写。如入院记录分为入院记

录、24小时内出入院记录、24小时内入院死亡记录，均有其特定的书写格式。

2.3.2 住院病历应当统一纸张、字体、字号及排版格式。

2.3.3 每张病历记录必须有本院医疗机构名称、眉及页码。医疗机构名称与《医疗机构执业

许可证》登记的第一机构名称一致。眉栏填写完整，至少应有患者姓名、病案号。页

码标注从每一内容起始页开始，如入院记录第1、2……页，病程记录第1、2……页等。

纸质病历用纸应符合DA/T11-1994中对一般耐久纸的技术要求。

2.3.4 度量衡单位一律采用中华人民共和国法定计量单位。

2.3.5 各项记录书写结束时应在右下角签书写者、审核者全名。签名分为手写签名和电子签

名两种形式。

2.4 表述准确，用词恰当

2.4.1 规范使用汉字，以《新华字典》《现代汉语词典》等工具书为准，避免错别字。两位

以上的数字一律用阿拉伯数字书写。

2.4.2 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、药物名称可以使用外文。但为避免不必要的争议，除如“CT”等已为众所

周知的外文缩写外，建议在诸如各类知情同意书、病危(病重)通知书、出院记录等需

告知患方有关诊断或诊疗方案的医疗文书中，仍应使用中文书写。电子病历使用的术

语、编码、模板和数据应当符合相关行业标准和规范要求。

2.5 文字工整，字迹清晰

2.5.1 病历书写应当使用蓝黑墨水或碳素墨水。计算机打印病历可使用黑色或彩色打印并符

合病历保存的要求。

2.5.2 病历书写应文字工整，字迹清晰，标点正确，不可潦草。

2.6 法律意识，尊重权利

2.6.1 病历书写应体现医务人员的法律意识，依法依规在诊疗活动中向患者说明病情和医疗

措施。对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应在实施医疗活动前签署书面知

情同意书。

2.6.2 对按照有关规定须取得书面同意方可进行的医疗活动(如手术、特殊检查特殊治疗等)，

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。

2.6.3 在患者处于昏迷等无法自主作出决定的状态者病情不宜向患者说明等情形下，应当向

患者的近亲属说明，并取得其书面同意。

2.6.4 因抢救生命垂危的患者等紧急情况，不能取得患者或其近亲属意见的，经本院院总值

班或医务部等医院授权负责人签署书面同意，可以立即实施相应的医疗措施。

3.门（急）诊病历书写要求及内容

3.1 门（急）诊病历内容包括门（急）诊手册封面（病历首页）、病历记录、辅助检查报告单等。

3.2 门（急）诊病历手册封面（病历首页）应当包括门诊病案号、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。

3.3 门（急）诊病历记录分为初诊病历记录、复诊病历记录、急诊病历记录和多学科门诊病历记

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、体格检查（阳

性体征和必要的阴性体征）、辅助检查结果，诊断、诊疗意见及医师签名等。

3.4 门诊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。

3.5 门诊急诊病历除按门诊初诊或复诊病历记录的内容书写外，还需记录：患者的体温、脉搏、

呼吸、血压等生命体征。

3.6 对于急诊留观患者需书写急诊留观记录。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。病危（病重）患者需要抢救时，应当书写抢救记录和病危（病重）

患者护理记录单。抢救记录、病危（病重）患者护理记录单书写内容及要求按照住院病历抢

救记录、病危（病重）患者护理记录单书写内容及要求执行。

3.7 门（急）诊病历由接诊医师在患者就诊时及时完成，患者每次就诊均应书写门（急）诊病历

记录。门（急）诊病历就诊时间应当具体到分钟。

4.住院病历书写要求及内容

4.1 住院病历内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、护理病历、知情同意书、医嘱单、

辅助检查报告单等。

4.1.1 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。

4.1.2 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。

4.1.3 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

记录应当在患者出院离开病房前完成；24小时内入院死亡记录应当于患者死亡后24

小时内完成。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、出院医嘱、医师签名等。

4.2 入院记录的要求及内容

4.2.1 一般项目包括姓名、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（非患者本人者应注明与患者的关系）。

4.2.2 主诉是指促使患者就诊的主要症状（或）体征及持续时间。主诉多余一项时按发生的

先后顺序列出，并记录每个症状的持续时间。要简明扼要，一般1-2句，20个字左右。

主诉一般用症状学名词，原则上不用诊断名称或辅助检查结果代替。但在一些特殊情

况下，疾病已明确诊断，住院的目的是为进行某项特殊治疗（如化疗、放疗等）者，

可用病名，如白血病患者入院定期化疗。一些无症状（或体征）的临床实验室、医学

影像检查异常结果也可作为主诉直接描述，如查体发现血糖升高1个月。症状一般不

超过3个，应按照发生时间先后顺序分别列出，时间记录至最小单位。

4.2.3 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，应当按时间先后顺

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。

4.2.3.1 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。

4.2.3.2 主要症状的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。

4.2.3.3 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。

4.2.3.4 发病后诊治经过及结果：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。。如口服“奥美拉唑”治疗等。

4.2.3.5 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、体力等情况。

4.2.3.6 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；或记录于既往史中。

4.2.4 既往史

4.2.4.1 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。

4.2.4.2 与本次疾病无紧密关系，且不需治疗的疾病情况应记录在既往史中，仍需治

疗的疾病情况。可在现病史后予以记录或记录于既往史中。

4.2.4.3 对患者提供的诊断、手术名称、过敏药物需加引号（“”）。

4.2.4.4 疾病史应记录患者时间、诊治情况及效果等。

4.2.4.5 传染病史。

4.2.4.6 预防接种史。

4.2.4.7 手术外伤史应写明何种疾病作何手术、手术日期、手术结果、外伤日期、部

位、程度、诊疗及结果等。

4.2.4.8 输血史。

4.2.4.9 食物或药物过敏史应写明过敏原名称、发生时间、程度等。

4.2.5 个人史、婚姻史、月经生育史，家族史。

4.2.5.1 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(用量及年

限)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。、

4.2.5.2 婚姻史:婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女、性生活情况等。

4.2.5.3 月经生育史:女性患者应记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时

间(或绝经年龄)、月经量、痛经及生育等情况。采用月经式来表示月经式记

录格式为：



并记录月经量、颜色，有无血块、痛经、白带等情况。生育史应按下列顺序

写明足月分娩数一早产数一流产或人流数一存活数，并记录计划生育措施。4.2.5.4 家族史:父母、兄弟、姐妹及子女的健康状况，有与患者类似疾病；如已死亡，

记录死亡原因及死亡时年龄。家族中有无结核、肝炎、性病等传染性疾病。

有无家族遗传性疾病，如血友病、白化病等。

4.2.6 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、黏膜，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。

4.2.6.1 应全面查体，不能遗漏上述内容。心界及某些阳性体征(如肝脾大、明显的腹

部包块等)必要时用图表示。

4.2.6.2 肛门直肠、外生殖器：视病情需要做相应检查并记录。4.2.6.3与主诉、现

病史相关的体格检查项目要重点描述，且与鉴别诊断有关的体格检查项目应

充分记录。

4.2.6.3 体格检查中不能用病名或症状学名词来代替体征的描述。如不可在体格检查

中书写“胸骨后进食时疼痛明显”等。

4.2.6.4 记录准确，用词不能模棱两可。如不可描述为“心浊音界扩大不明显”“肝

脾触及不满意”等。

4.2.6.5 专科检查书写的项目应书写在“专科情况”中，体格检查中的相应项目不必

书写，只写“见专科情况”。

4.2.7 专科情况

4.2.7.1 专科体格检查情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

4.2.7.2 外科、耳鼻咽喉头颈外科、眼科、妇产科、口腔科、疼痛科、神经精神等专

科需写专科情况。

4.2.7.3 主要记录与本专科有关的体征。专科情况应全面，详细记录与诊断及鉴别诊

断有关的阳性及阴性体征。

4.2.8 辅助检查

4.2.4.1 辅助检查指患者入院前所作的与本次疾病相关的主要实验室检查和器械检查

及其结果。

4.2.8.2 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做检查，应当

写明该医疗机构名称及检查号。

4.2.9 初步诊断

4.2.9.1 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，应分清主次。

4.2.9.2 对一时难以肯定诊断的疾病，可在病名后加“？”或“待查”。

4.2.9.3 一时既查不清病因也难以判定在形态和功能方面改变的疾病，可暂以某症状

待诊或待查作为诊断，并应在其后注明一两个可能性较大的疑似诊断或待排

除疾病的病名。

4.2.10 书写入院记录的医师在初步诊断的右下角签。

4.3 病程记录

4.3.1 病程记录是指患者入院后，对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。

4.3.2 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。

4.3.3 病程记录的要求及内容

4.3.3.1 首次病程记录是指患者入院后书写的第一次病程记录，应当由经治医师或值

班医师在患者入院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。

4.3.3.1.1 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。

4.3.3.1.2 拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断)：根据病例点，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。

4.3.3.1.3 诊疗计划：提出具体的检查和治疗措施安排。

4.3.3.2 首次病程记录应高度概括病史、体格检查及辅助检查结果，突出重点，抓住

要点，有分析、有见解、充分反映出经治医师临床思维活动情况。

4.3.3 日常病程记录

4.3.3.1 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。

4.3.3.2 由经治医师书写，也可由实习医务人员、试用期医务人员或进修医务人员书

写并签名，但必须有经治医师的审核签名。

4.3.3.3 日常病程书写的间隔时间依据患者的病情而定。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。会诊结束后、输血结束后、危急值处置后、出院前一日或当日应有病程

记录；手术前、后24小时内应有术者亲自查看患者的记录；术后连续3天应

有病程记录。

4.3.3.4 日常病程记录的内容包括：

4.3.3.4.1 患者生理心理状态及病情变化情况：患者自觉症状、情绪、心理

状态\饮食睡眠、大小便等情况；有无新的症状与体征出现，分析

发生变化的原因；有无并发症及其发生的可能原因；对原诊断的

修改或新诊断的确定，并记录其诊断依据。

4.3.3.4.2 重要的辅助检查结果及临床意义应记录在病程记录中：对重要的

辅助检查的结果应分析其在诊断与治疗上的意义，尤其是对诊断、

治疗起决定性作用的辅助检查结果，应及时进行记录和结果分析，

并记录针对检查结果所采取的相应处理措施。

4.3.3.4.3 医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见:医师查房意见(能

体现三个不同级别的医师查房，包括但不限于主任医师或副主任

医师一主治医师一住院医师)、医嘱更改及理由、会诊意见处置情

况、上级医师同意出院的记录等。

4.3.3.4.4 所采取的诊疗措施及效果：记录各种诊操作的详细过程、输血治

疗情况(包括输血指征、输注成分、血型和输血量、输注过程观察

情况、是否发生输血不良反应及处理措施、输注效果评价等)、危

急值处理情况及效果等。

4.3.3.4.5 向患者及其近亲属告知的重要事项等，需要时可请患方签字。

4.3.3.5 病程记录应根据每一病例的不同特点写出各自特有的临床表现、观察要点诊

疗计划及效果。应反映诊断的过程和健康问题的管理，全面系统、重点突出、

前后连贯、简明扼要；有分析，有判断；病情有预见，诊疗有计划，切忌记

流水账。

4.3.4 上级医师查房记录

4.3.4.1 上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、补充的病史和体征、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。上级

医师是指三个级别中的中间级别及以上的医师，包括但不限于主治医师、副

主任医师和主任医师。

4.3.4.2 上级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、诊

疗计划的核准及补充等。

4.3.4.3 上级医师日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定，病危患者应至少每

天1次、病重者至少2天1次、一般患者应每周1~2次。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。可与日常病程记录合

并书写。

4.3.4.4 对疑难、危重病例，必须有科主任或三个级别中最高级别医师及时查房并记

录，上级医师查房记录应体现上级医师及医院的医疗水平，下级医师应如实

详细的记录上级医师的查房情况，尽量避免“上级医师同意诊断、治疗”等

无实质内容的记录，上级医师应及时修改、审阅下级医师书写的查房记录并

签字。

4.3.5 疑难病例讨论结论记录

4.3.5.1 疑难病例讨论结论记录是指为尽早明确诊断或完善诊疗方案，对诊断或治疗

存在疑难问题的病例进行讨论的结论性记录。

4.3.5.2 内容包括但不限于：（1）患者没有明确诊断或治疗方案难以确定；（2）疾

病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效；（3）非计划再次住院或非计

划再次手术；（4）出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。

4.3.5.3 疑难病例讨论应由科室或医疗管理部门组织，原则上科主任主持，全科人员

参加。必要时安排邀请相关科别或机构外人员参加，参加疑难病例讨论成员

中至少有2人具有主治及以上专业技术职务任职资格。

4.3.5.4 科室应当按照本院统一制定的疑难病例讨论结论记录本记录具体讨论情况，

将疑难病例讨论的结论记入病历。疑难病例讨论结论记录包括讨论时间，主

持人职务、姓名及专业技术职称，参加人员范围，目前诊断，后续诊疗方案

（为主要内容），书写医师签名及主持人审核签名等。

4.2.6 交（接）班记录

4.2.6.1 交（接）班记录是患者经治医师（医疗小组全部医师）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。

4.2.6.2 交班记录应当在交班前由交班医师书写完成。

4.2.6.3 接班记录应当由接班医师于接班后24小时内完成。内容包括阅读交班记录及

复习有关病历资料、询问病史并查体、目前情况、目前诊断、接班诊疗计划

等。内容力求简明扼要，着重书写接班后诊疗的具体计划和注意事项。若目

前情况、目前诊断无变化，可记录为“同交班”记录。

4.2.7 转科记录

4.2.7.1 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。

4.2.7.2 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)。内容

包括入院日期、转出日期，转出科室，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、医师签名等。

4.2.7.3 转出记录应简明扼要记录患者当前的病情和治疗及转科时需注意事项。患者

转科后尚需继续进行的本科治疗项目也应详细交代，以防转科之际发生病情

突变或治疗脱节。由本科特殊治疗者（如洋地黄制剂、化疗、胰岛素等）需

特别交代其继续治疗的要求与注意事项；患者心理状况如有特殊情况（如悲

观失望、有自杀倾向等）也应交代。

4.2.7.4 转入记录由转入科室医师于患者转入后24小时内完成。内容包括阅读转出记

录及复习有关病历资料，询问病史及查体、目前情况、目前诊断、转入诊疗

计划、医师签名等。

4.2.7.5 转入记录是在复习病史和有关资料的基础上，重点询问病史，专科体格检查，

评估患者情况，制定转入后的具体诊疗计划。若目前情况、目前诊断无变化，

可记录为“同转出记录”。若有需补充的内容，可只记录补充内容，注明“其

他同转出记录”。

4.2.7.6 是否书写转科记录以主管医师变化与否为依据。同一专业间患者转科主管医

师不变时（如冠状动脉支架植入手术患者由心内科→心内CCU→心内科），

不书写转科记录；不同专业间患者转科主管医师有变更时（如泌尿外科→ICU），

应书写转科记录。

4.2.8 阶段小结

4.2.8.1 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。

4.2.8.2 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。

4.2.8.3 阶段小结的重点是入院后至本阶段小结时患者的病情演变、诊疗过程及其

结果、目前病情、治疗措施以及住院时间长的原因、今后准备实施的诊疗

方案等。

4.2.8.4 交（接）班记录、转科记录可代替阶段小结。

4.2.9 抢救记录

4.2.9.1 抢救记录是指患者病情危重，采取抢救措施时所做的记录。危重患者的范

围包括但不限于出现以下情形的患者:病情危重,不立即处置可能存在危及

生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。

4.2.9.2 抢救记录内容包括患者病情变化情况及所采取的具体措施、参加抢救的医

师、护士等医务人员姓名及专业技术职称。

4.2.9.3 抢救记录由参加抢救的执业医师书写,主持抢救的医师审核并签字。按时间

顺序详细记录病情变化及所采取的具体措施,如药物治疗、心肺复苏、气管

插管、呼吸机的使用、除颤器的使用等。要详细记录参加抢救的医师、护

士等医务人员的姓名及专业技术职称。

4.2.9.4 依据我国相关法律规定，患者死亡后，如医患一方或双方对死因有异议或

不能确定死因的，医务人员应当在患者死亡后立即告知患者近亲属是否在

48小时内或冻存条件下7日内进行尸体病理解剖，以明确患者的具体死亡

原因。死者近亲属同意或不同意尸解，均应签署尸检告知书。死者近亲属

拒绝签字的，视为死者近亲属不同意进行尸检，主持或参与抢救的医务人

员应在抢救记录上对上述过程如实明确记录。

4.2.9.5 抢救记录书写时间及抢救时间、实施的措施等时间应当具体到分钟。因抢

救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。

4.2.10 有创诊疗操作记录

4.2.10.1 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有创诊断、治

疗性操作（如胸膜腔穿刺、腹腔穿刺等）的记录。

4.2.10.2 应当在操作完成后即刻书写，不得超过24小时。可另立单页，也可在病

程记录中记录。

4.2.10.3 有创诊疗操作记录内容包括操作名称、操作时间、操作步骤、结果及患

者一般情况，操作过程是否顺利、有无不良反应，术后注意事项及是否

向患者说明，操作者签名。操作步骤按照《临床操作技术规范》进行操

作和记录。如记录穿刺时患者的体位和注意事项，穿刺部位和定位依据，

消毒的方法、步骤和范围，麻醉药品种类、浓度、用量和麻醉方法，穿

刺进针的方向和深度，抽取的标本量、外观性状和送检项目，退出穿刺

针后的处理，穿刺操作后的生命体征观察以及向患者交代的注意事项。

4.2.10.4 诊疗操作中使用的医疗器械的条形码在操作完成后由操作者即刻粘贴于

条形码粘贴（信息记录）单上。若使用大型医疗器械，需记录所使用的

大型医疗器械的名称、关键性技术参数等信息以及与使用质量安全密切

相关的必要信息。

4.2.11 会诊记录

4.2.11.1 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。

4.2.11.2 会诊记录应另页书写。急会诊时间应记录到分钟。

4.2.11.3 会诊记录内容包括申请会诊记录和会诊意见记录。

4.2.11.4 申请会诊记录：由申请医师书写。内容包括一般项目（患者姓名、病案

号、性别、年龄）、简要病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的、邀

请会诊科室、申请会诊科申请会诊科室、申请医师签名、申请会诊时间

等。急会诊尚需记录会诊到达时间。

4.2.11.5 会诊意见记录：科间急会诊、普通会诊由会诊医师书写。内容包括会诊

意见、会诊医师所在的科室或者医疗机构名称、会诊医师签名、会诊完

成时间（或书写时间）等。

4.2.11.6 普通会诊意见记录应当由会诊医师在会诊申请发出后24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。

4.2.11.7 多学科会诊由邀请科室的经治医师书写，主持人审修签名。内容包括会

诊意见（多科会诊的结论性意见）、参加会诊人员姓名、专业技术职称、

所在科室或者医疗机构名称、记录人、主持人签名、记录时间等。

4.2.11.8 邀请外院专家会诊和远程会诊时按照会诊制度执行。

4.2.12 术前小结及术前讨论结论记录

4.2.12.1 术前小结是指在住院患者手术前，由经治医师对患者病情所作的总结。

术前讨论结论是指在患者手术实施前，医师对拟实施的手术的手术指征、

手术方式、术前准备、手术风险、注意事项等讨论后确定的结论的记录。

除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有住院患者手术必须书写术

前小结及术前讨论结论记录。

4.2.12.2 术前小结及术前讨论结论记录书写内容包括主持人姓名及职务（职称）、

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、

术前准备尤其是特殊的术前准备内容、术中术后可能出现的风险和注意

事项等，并记录手术者术前查看患者的相关情况。

4.2.12.3 术前小结及术前讨论结论由患者的经治医师记录，术者签名确认。

4.2.12.4 术者必须参加术前讨论。全科讨论应当由科主任或其授权的副主任主持，

必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。患者手术涉及多学科或存在

可能影响手术合并症的，应当邀请相关科室参与讨论，或事先完成相关

科室的会诊。新开展手术、高龄患者手术、高风险手术、毁损性手术、

非计划二次手术、可能存在或已存在一环争议或纠纷的手术、患者伴有

重要脏器功能衰竭的手术等，应当纳入全科讨论范围。

4.2.12.5 术前讨论完成后，方可签署手术知情同意书、开具手术医嘱。

4.2.13 麻醉术前访视记录

4.2.13.1 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。

4.2.13.2 麻醉术前访视可另立单页。内容包括姓名、性别、年龄、科室、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、签字时间。

4.2.14 手术安全核查记录

4.2.14.1 手术安全核查记录是指具有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室护

士三方，分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对

患者身份、手术部位等内容进行核查的表格式记录。

4.2.14.2 手术安全核查必须按照麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前依

次进行，每一步核查无误后方可进行下一步操作。不得提前或延后填写

表格。

4.2.14.3 手术医师、麻醉医师和手术室护士三方确认后分别在《手术安全核查表》

上签名。

4.2.14.4 术中用药、输血时，由麻醉医师或手术医师根据情况需要下达医嘱并做

好相应记录，由手术室护士和麻醉医师共同核查。输血的患者对应血型、

用血量进行核对。

4.2.14.5 手术过程更换手术医师、麻醉医师或手术室护士时，应据实签名。

4.2.15 麻醉记录

4.2.15.1 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。

4.2.15.2 麻醉记录应当另页书写。内容包括患者一般信息、术前情况、术中情况、

离室信息、麻醉者签名等。

4.2.15.3 麻醉记录在麻醉结束后即刻完成，由负责麻醉的麻醉医师签名并归入病

历。

4.2.15.4 术中改变麻醉方式时需重新进行告知，签署新的麻醉知情同意书。

4.2.16 手术记录

4.2.16.1 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。

4.2.16.2 手术记录应当另页书写，在手术结束后24小时内完成。

4.2.16.3 手术记录内容包括一般项目(患者姓名、性别、年龄、科别、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。

4.2.16.4 手术记录由手术者书写并签名，特殊情况下由第一助手书写时，必须有

手术者审阅签名。多科联合手术时，应按照手术医师执业范围分别书写

手术记录。

4.2.17 术后首次病程记录

4.2.17.1 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。

4.2.17.2 术后首次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及向患方

告知手术情况等。

4.2.18 麻醉术后访视记录

4.2.18.1 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。

4.2.18.2 麻醉术后访视可另立单页。

4.2.18.3 住院患者离开手术室或麻醉复苏室（PACU）之后的48小时内至少随访一

次。

4.2.18.4 麻醉术后访视记录内容包括姓名、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。

4.2.19 手术清点记录

4.2.19.1 手术清点记录是对手术患者所用手术物品（包括手术敷料、手术器械、

手术特殊物品）进行清点核对的记录。

4.2.19.2 手术清点记录应当另页书写，内容包括患者姓名、科别、病案号、手术

日期、手术名称、手术所用手术物品数量及完整性的清点核对、巡回护

士和洗手护士或手术医师签名等。

4.2.19.3 手术清点记录应当在手术结束后即时完成。

4.2.20 大型医疗器械相关记录及条形码粘贴（信息记录）单。

4.2.20.1 依据《医疗器械监督管理条例》（中华人民共和国国务院令第650号）、

《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》等要求，使用大型医疗器

械以及植人和介人类医疗器械的，应当将医疗器械的名称、关键性技术

参数等信息以及与使用质量安全密切相关的必要信息记载到病历中的相

关记录中，如手术中使用的记入手术记录中，有创诊疗操作中使用的记

录于有创诊疗操作记录中。

4.2.20.2 植入类、介入类等医疗器械的条形码，术中由护士即时将条形码粘贴于

条形码粘贴（信息记录）单上，患者离开手术室前与手术医师共同核对、

确认后，在“手术安全核查表”上签名。

4.2.20.3 有创诊疗操作在操作完成后由操作者即刻将使用的医疗器械的条形码粘

贴于条形码粘贴（信息记录）单上。

4.2.20.4 实施电子病历的医疗机构，可以将医疗器械条形码的信息记录于条形码

粘贴（信息记录)单。

4.2.20.5 条形码粘贴（信息记录）单另立一页，归入病历。

4.2.21 出院记录

4.2.21.1 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。

4.2.21.2 出院记录应在患者出院离开病房前完成。内容主要包括患者基本信息、

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。

4.2.21.3 入院情况：包括主诉、简要病史、主要的体征及有意义的辅助检查结等。

4.2.21.4 诊疗经过：为此次住院期间诊疗情况的总结，包括：住院期间的病情变

化;检查治疗经过：主要用药的名称、疗程、用量；实施手术、操作的日

期、名称、病理检查结果；有意义的辅助检查结果；治疗过程中出现的

并发症或不良反应；诊治中还存在的问题等。

4.2.21.5 出院诊断：诊断全面，书写规范。

4.2.21.6 出院情况：出院时患者存在的症状、体征及辅助检查的阳性结果；手术

切口愈合情况；是否留置引流管、石膏及拆线等情况；本次住院主要治

疗疾病的转归情况（治愈、好转、未愈、转院、自动出院等）；转院时

要注明原因。

4.2.21.7 出院医嘱：包括出院注意事项、出院带药、随访计划等。注意事项应具

体明确，出院带药应写明药物名称、用法、用量、疗程等。

4.2.22 死亡记录

4.2.22.1 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。

4.2.22.2 死亡记录应另页书写。应当在患者死亡后24小时内完成。记录的死亡时

间应具体到分钟。

4.2.22.3 死亡记录内容包括入院日期、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。

4.2.23 24小时内入院死亡记录。

4.2.23.1 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。

4.2.23.2 24小时内入院死亡记录包括患者姓名、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。

4.2.23.3 由经治医师在患者死亡后24小时内完成，并由主持抢救的医师审核签

名。

4.2.23.4 如已书写完成入院记录，可按一般住院患者的病历书写格式书写相关病

历内容。

4.2.23.5 患者入院超过8小时的，需书写首次病程记录。若患者入院后一直抢救

超过8小时的，可以不写首次病程记录。

4.2.24 死亡病例讨论结论记录

4.2.24.1 死亡病例讨论结论记录是指为全面梳理诊疗过程、总结和积累诊疗经验、

不断提升诊疗服务水平，对医疗机构内死亡病例的死亡原因、死亡诊断、

诊疗过程等进行讨论的结论性记录。

4.2.24.2 死亡病例讨论原则上应当在患者死亡1周内完成，尸检病例在尸检报告

出具后1周内必须再次讨论。死亡病例讨论应当在全科范围内进行，由

科主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。

4.2.24.3 科室应当按照本院统一制定的死亡病例讨论记录本记录具体的讨论情

况，并将死亡病例讨论结论记入病历。

4.2.24.4 死亡病例讨论结论记录内容包括讨论时间、主持人、死亡诊断、死亡原

因、书写医师签名及主持人审核签名等。

4.3日间病历和部分专科病历

4.3.1日间病历

4.3.1.1 日间病历是满足患者短期住院观察治疗需求的诊疗服务模式，住院期间不超

过24小时。

4.3.1.2 日间手术是患者在1日（24小时）内入院、出院的择期手术或有创操作，是

有计划进行的，不含门诊手术，特殊情况不超过48小时。

4.3.1.3 日间患者24小时内出院的，按照日间病历书写要求；延长至48小时内出院

的，参照普通病历书写。

4.3.1.4 日间病历入出院记录：按照24小时内入出院记录书写。若发生死亡者，按照

24小时内入院死亡记录书写。

4.3.1.5 手术记录：增加术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项及患方告知手

术情况等。

4.3.1.6 日间病历不要求书写首程病程记录、术后首程病程记录、上级医师查房记录

及日常病程记录。患者发生病情变化的应及时记录病情、采取的措施及效果

等。

4.3.1.7 日间手术患者出院情况应记录出院评估评分（PADS评分），因出院评估达不

到出院标准或发生非预期病情变化延期住院者，于决定延长住院时起书写病

程记录，将日间病历转为普通住院病历书写，并记录原因。

4.3.2 产科病历

4.3.2.1 对于经阴分娩者，需要书写入院记录、产前观察表（产妇有、无情况均需填

写）、产房分娩安全核查表、产程记录、分娩记录、产后记录、出院记录、

经阴道分娩知情同意书，医嘱单、体温单、辅助检查报告单等。

4.3.2.2 对于行剖宫产者，原则上按手术病历要求书写。可不书写产程记录、分娩记

录，有手术记录即可，但手术记录中必须包含产程记录中相关胎儿、胎盘情

况的记录。

4.3.2.3 对于入院后先行试产，后行剖宫产时者，先按经阴道分娩者书写相关病历内

容，确定行剖宫产后按上条据实书写病历，并写明改行剖宫产的原因。

4.3.2.4 对于行引产者，按一般住院病历格式及内容书写。包括入院记录、首次病程

记录、日常病程记录、引产观察记录、知情同意书、出院记录等。

4.3.2.5 病案首页要填写新生儿出生体重，多胎分娩者依次序填写。

4.3.2.6 产科新生儿病历（如体温单、医嘱单、婴儿出生记录、会诊记录等）随其母

亲病历一起保管，为同一病案号。

4.3.2.7 若新生儿有情况需要记录，如新生儿黄疸、接种疫苗后有无不良反应、会诊

意见处置情况等，则按本篇第二章病程记录书写要求书写在其母亲病程记录

之后，或另页书写。

4.3.2.8 新生儿若有疾病诊断，则应填写在母亲住院病案首页其他诊断栏上，但不能

填写为主要诊断。

4.4护理病历

4.4.1 护理病历是指由护理人员书写为主的、归入病历的医疗文书。由相应资质的护士书写

后归入病历。主要包括体温单、病重（病危）患者护理记录、手术物品清点记录、输

血护理记录、血糖测量记录单等病历资料。

4.4.1.1 体温单

4.4.1.1.1 体温单为表格式用于记录患者体温、脉搏、呼吸、疼痛及其他情

况的医疗文书。项目内容包括眉栏（姓名、性别、年龄、科别、

床号、病案号、入院日期等）、一般项目栏、生命体征绘制栏、

特殊项目栏等。填写时应根据各项目的要求使用正确的颜色、符

号进行记录。

4.4.2 病重（病危）患者护理记录

4.4.2.1 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。

4.4.2.2 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

者科别、姓名、病案号、床号、页码、记录日期和时间、体温、心率/脉搏、

呼吸、血氧饱和度、血压、出入液量等病情观察、护理措施和效果、护士签

名等。时间记录应当具体到分钟。

4.4.3 输血护理记录

4.4.3.1 输血护理记录是指护士对患者输血治疗期间生命体征及护理过程客观记录的

医疗文件。内容包括患者科别、姓名、病案号、血型、有无输血史及输血不

良反应史、血液输注开始及结束时间、输注过程中生命体征监测、有无不良

反应、输血开始前60分钟、血液输注最初15分钟、输血结束后60分钟内要

监测并记录生命体征，时间具体到分钟。执行者及核对者签名。

4.4.4 血糖测量记录单

4.4.4.1 血糖测量记录单是指护士对患者血糖测量数值客观记录的医疗文件，是床旁

检验报告单的一种记录形式。单独一页，在右上角标注“POCT”。

5.住院病案首页

5.1 住院病案首页是医务人员使用文字、符号、代码、数字等方式，将患者住院期间相关信息精

炼汇总在特定的表格中，形成的病例数据摘要。住院病案首页包括患者基本信息、住院过程

信息、诊疗信息和费用信息。

5.2 住院病案首页填写应当在患者出院后24小时内（死亡患者在死亡后1周内）完成。

5.3 住院病案首页填写应当客观、真实、及时、规范，项目填写完整，准确反映住院期间诊疗信

息。

5.4 住院病案首页应当使用规范的疾病诊断和手术操作名称。诊断依据应在病历中可追溯。

5.4.1 主要诊断一般是患者住院的理由，即经医疗机构针织确定的导致患者本次住院就医主

要原因的疾病（或健康状况）。原则上应选择本次住院消耗医疗资源最多、对患者健

康危害最大、影响住院时间最长的疾病诊断。转科的患者不得仅考虑本科室治疗的疾

病。重要的并发症、合并症应当填写在其他诊断。

5.3.2 主要手术及操作是指患者在本次住院期间，针对临床医师为患者做出主要诊断的病症

所施行的手术或操作。一般是难度最大、风险最高、花费最多的手术或操作，应当填

写在首页手术及操作名称栏中第一行。

5.3.3 主要手术操作以外的重要的治疗性操作和有创诊断性操作填写在其他手术操作中。

5.3.4 住院病案首页填写注意项目：新生儿出生体重、新生儿入院体重、入院途径、出院日

期、病理诊断、过敏药物、血型、死亡患者尸检、质控日期、呼吸机治疗时间等，要

准确填写，不得漏填、误填，影响数据上传。

6.医嘱和辅助检查报告单

6.1医嘱

6.1.1 医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。分长期医嘱单、临时医嘱单。

6.1.1.1 医嘱书写基本要求：

6.1.1.2 按照处方书写要求书写下达医嘱。

6.1.1.3 医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。医嘱由医师直接输入电脑，护

士不得转抄转录。

6.1.1.4 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。

6.1.1.5 医嘱不得涂改。需要取消时，应当用红色笔标注“取消”字样并签名。

6.1.1.6 药品名称、剂量、单位等书写要求同处方开具要求。

6.1.1.7 开具医嘱项目的排序应与临床实际使用的先后顺序一致。一组液体医嘱项目

应逐项下达完毕后再下达其他医嘱项。

6.1.1.8 再次开具医嘱时，如有需停止的医嘱，应先停后下（先停止需停止的医嘱，

再开具新的医嘱）。

6.1.1.9 原则上患者住院期间不使用自带药品，若需使用，医师在开具医嘱时，应在

该药品医嘱项中注明“自带”。

6.1.1.10 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，不得超过小

时，并在相应医嘱项中注明“补记”。

6.1.1.11原则上不下达“必要时（prn）”“需要时（sos）”等备用医嘱。

6.1.2 长期医嘱书写要求

6.1.2.1 长期医嘱指自医师开写医嘱时起，可继续遵循至医嘱停止的医学指令。长期

医嘱书写在长期医嘱单上。长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、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、护士

处理医嘱时间、处理医嘱的护士签名。

6.1.2.2 长期医嘱的内容及顺序

6.1.2.2.1专科护理常规及分级护理。

6.1.2.2.2重点护理（如病危、病重、绝对卧床、特殊体位等）。

6.1.2.2.3饮食。

6.1.2.2.4特殊记录（如记出入量、定时测血压等）。

6.1.2.2.5治疗医嘱等。

6.1.2.3 患者转科、进行手术、分娩时，转出科室、术前、分娩前的医嘱一律停止。

6.1.2.4 患者出院或死亡时，应在原有医嘱的最后一行下面用红色笔齐边框从左至右

划一横实线。

6.1.3 临时医嘱书写要求临时医嘱是指一般仅执行一次的医嘱。书写在临时医嘱单上。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、护士签名等。

6.1.3.1 临时医嘱的内容。

6.1.3.1.1 各种辅助检查（化验、超声、X线、CT、MRI、病理等）检查项目

名称。

6.1.3.1.2 特殊检查（治疗）、有创诊疗操作名称。

6.1.3.1.3 拟施行手术、介入、内镜下诊疗名称、时间、麻醉方式、术前准

备等。

6.1.3.1.4 药物敏感试验。药物敏感试验应写药物名称和括号，在括号内注

明“+”表示阳性，注明“-”表示阴性。需用原药配制皮试液进

行药物敏感试验时，应在原药药品医嘱项中注明“配皮试液用”。

6.1.3.1.5 临时应用的药物，出院带药时在相应药品医嘱项中注明“带药”。

6.1.3.1.6 会诊、抢救、转科、出院、死亡等医嘱。

6.1.3.2 医嘱处理完毕后，由处理医嘱的护士填写处理（执行）时间/日期并签名。

6.1.3.3 其他要求同长期医嘱。

6.2辅助检查报告

6.2.1 辅助检查报告单是指患者所做各项检验、检查结果的记录。内容包括患者姓名、性别、

年龄、病案号、检查项目、检查结果、报告日期、有资质的以及人员书写签发等。

6.2.1.1 检验报告单

6.2.1.1.1 检验报告单是指对取自人体的各种标本进行生物学、微生物学、

免疫学、化学、血液免疫学、血液学、生物物理学、细胞学等检

验结果的记录。

6.2.1.2 检验报告单内容应当包括：

6.2.1.2.1 实验室名称、患者姓名、性别、年龄、住院或门诊病案号；

6.2.1.2.2 送检科别、申请人姓名、标本类型、检验单号；

6.2.1.2.3 检查项目、检查结果和单位、参考范围、异常结果提示；

6.2.1.2.4 标本采集时间、接收时间、报告时间，记录至分钟；

6.2.1.2.5 检验者姓名、审核者姓名；

6.2.1.2.6 其他相应报告的内容。

6.2.1.3 检验报告单应当使用中文及国际通用的、规范的缩写。检验项目名称可以单

独使用中文或中、英文共用。

6.2.1.4 按照各检验项目出具的时限要求，在规定的时间内由具有资质的医技人员签

发。

6.2.2 发血单

6.2.2.1 发血记录单（亦称交叉配血报告单或输血记录单）是指对配备、发血情况的

记录。

6.2.2.2 发血记录单内容应包括:患者姓名、性别、年龄、住院或门诊病案号、科别、

病区、床号、ABO血型及Rh(D)血型、输血性质；供血者血袋号、血液种类、

血量、复检血型结果、交叉配血检测结果、不规则抗体筛查结果、其他检查

结果；复检者签名、配血者签名、发血者签名、取血者签名、配血时间、发

血时间等相关内容。

6.2.2.3 发血记录单应一式两份，一份入病历，一份由输血科(血库)保存。

6.2.3 医学影像报告

6.2.3.1 医学影像报告单是影像科医师对患者影像表现的解读与诊断结果的描述性记

录。

6.2.3.2 医学影像报告单内容

6.2.3.2.1 一般资料：患者姓名、性别、年龄、科别、住院或门诊病案号、

检查部位、检查目的、检查方法或技术、检查日期、检查号码等。

6.2.3.2.2 检查内容：检查仪器包括X线、CT、MR、DSA、超声等；X线检

查应描述检查方法与体位，CT、MRI等应描述平扫或增强以及具

体扫描序列。

6.2.3.2.3 影像学表现：检查目的为疾病诊断提供依据的，影像学表现的描

述应包主要病灶的描述，与主要病灶相关的异常表现，与主要病

灶无明显相关异常改变，扫描区域内所包括的正常解剖等。检查

目的是提供治疗信息的，影像学表现除诊断描述外，还要包括与

决策治疗原则、完善治疗方案的相关信息，例如已诊断食管癌的

患者，必须描写食管癌与相邻降主动脉的关系（二者之间脂肪间

隙是否消失以及消失的范围）以及肿大淋巴结的具体位置；胃癌

患者必须详细描述肿大淋巴结的具体位置（尤其是位于肾静脉的

上方还是下方）等。检查目的是疾病治疗随访的，影像学表现除

诊断描述外，一定要与最近一次影像学检查资料进行对照，包括

病灶大小、形态、密度以及强化程度的改变，也要包括与主要病

灶相关异常表现的对照描述等。

6.2.3.2.4 影像学诊断，应按照以下原则书写。

6.2.3.2.4.1 对于判断为正常或诊断十分明确者，应给予肯定的

结论。

6.2.3.2.4.2 对病变肯定，性质范围大致肯定的情况，应按照由

大范围到小范围，由肯定诊断到不肯定诊断。对不

能肯定的诊断应列出可能性最大的诊断。如：右肺

占位性病变，肺癌可能大。

6.2.3.2.4.3 病变表现无特征性，可有多种可能性，应按照概率

大小写出几种可能的疾病。

6.2.3.2.4.4 所见表现不能肯定为病变，可能为正常变异或各种

原因造成假象，要说明不能肯定的原因。

6.2.3.2.4.5 需要患者补充检查时，应写明补充检查的项目名称，

如增强CT。

6.2.3.2.5 医师应按医院规定及授予的权限单独签发报告或由审核医师审核

后签发。

6.2.3.2.6 报告时间。

6.3 辅助检查报告

6.3.1 辅助检查报告单是指患者所做各项检验、检查结果的记录。内容包括患者姓名、性别、

年龄、病案号、检查项目、检查结果、报告日期、有资质的以及人员书写签发等。

6.3.1.1 检验报告单

6.3.1.2 检验报告单是指对取自人体的各种标本进行生物学、微生物学、免疫学、化

学、血液免疫学、血液学、生物物理学、细胞学等检验结果的记录。

6.3.1.3 检验报告单内容应当包括：

6.3.1.3.1 实验室名称、患者姓名、性别、年龄、住院或门诊病案号。

6.3.1.3.2 送检科别、申请人姓名、标本类型、检验单号。

6.3.1.3.3 检查项目、检查结果和单位、参考范围、异常结果提示。

6.3.1.3.4 标本采集时间、接收时间、报告时间，记录至分钟。

6.3.1.3.5 检验者姓名、审核者姓名。

6.3.1.3.6 其他相应报告的内容。

6.3.1.4 检验报告单应当使用中文及国际通用的、规范的缩写。检验项目名称可以单

独使用中文或中、英文共用。

6.3.1.5 按照各检验项目出具的时限要求，在规定的时间内由具有资质的医技人员签

发。

6.3.2 发血单

6.3.2.1 发血记录单（亦称交叉配血报告单或输血记录单）是指对配备、发血情况的

记录。

6.3.2.2 发血记录单内容应包括:患者姓名、性别、年龄、住院或门诊病案号、科别、

病区、床号、ABO血型及Rh(D)血型、输血性质；供血者血袋号、血液种类、

血量、复检血型结果、交叉配血检测结果、不规则抗体筛查结果、其他检查

结果；复检者签名、配血者签名、发血者签名、取血者签名、配血时间、发

血时间等相关内容。

6.3.2.3 发血记录单应一式两份，一份入病历，一份由输血科(血库)保存。

6.3.3 医学影像报告

6.3.3.1 医学影像报告单是影像科医师对患者影像表现的解读与诊断结果的描述性记

录。

6.3.3.2 医学影像报告单内容

6.3.3.2.1 一般资料：患者姓名、性别、年龄、科别、住院或门诊病案号、

检查部位、检查目的、检查方法或技术、检查日期、检查号码等。

6.3.3.2.2 检查内容：检查仪器包括X线、CT、MR、DSA、超声等；X线检

查应描述检查方法与体位，CT、MRI等应描述平扫或增强以及具

体扫描序列。

6.3.3.2.3 影像学表现：检查目的为疾病诊断提供依据的，影像学表现的描

述应包主要病灶的描述，与主要病灶相关的异常表现，与主要病

灶无明显相关异常改变，扫描区域内所包括的正常解剖等。检查

目的是提供治疗信息的，影像学表现除诊断描述外，还要包括与

决策治疗原则、完善治疗方案的相关信息，例如已诊断食管癌的

患者，必须描写食管癌与相邻降主动脉的关系（二者之间脂肪间

隙是否消失以及消失的范围）以及肿大淋巴结的具体位置；胃癌

患者必须详细描述肿大淋巴结的具体位置（尤其是位于肾静脉的

上方还是下方）等。检查目的是疾病治疗随访的，影像学表现除

诊断描述外，一定要与最近一次影像学检查资料进行对照，包括

病灶大小、形态、密度以及强化程度的改变，也要包括与主要病

灶相关异常表现的对照描述等。

6.3.3.2.4 影像学诊断，应按照以下原则书写。

6.3.3.2.4.1 对于判断为正常或诊断十分明确者，应给予肯定的

结论。

6.3.3.2.4.2 对病变肯定，性质范围大致肯定的情况，应按照由

大范围到小范围，由肯定诊断到不肯定诊断。对不

能肯定的诊断应列出可能性最大的诊断。如：右肺

占位性病变，肺癌可能大

6.3.3.2.4.3 病变表现无特征性，可有多种可能性，应按照概率

大小写出几种可能的疾病。

6.3.3.2.4.4 所见表现不能肯定为病变，可能为正常变异或各种

原因造成假象，要说明不能肯定的原因。

6.3.3.2.4.5 需要患者补充检查时，应写明补充检查的项目名称，

如增强CT。

6.3.3.2.5 医师应按医院规定及授予的权限单独签发报告或由审核医师审核

后签发。

6.3.3.2.6 报告时间。

6.3.4 病理诊断报告

6.3.4.1 病理诊断报告单是指对取自人体的各种器官、组织、细胞、体液及分泌物等

标本，通过大体和显微镜观察，运用免疫组织化学、分子生物学、特殊染色

以及电子显微镜等技术进行分析，结合患者的临床资料，做出疾病病理诊断

的医疗文书。

6.3.4.2 病理诊断报告单内容应至少包括：

6.3.4.2.1 一般资料：患者姓名、性别、年龄、科别、住院或门诊病案号、

病理号、送检标本科别、标本取材部位。

6.3.4.2.2 大体描述、镜下描述（选择性）和病理诊断。

6.3.4.2.3 其他需要报告或建议的内容。

6.3.4.2.4 医师签名、报告时间。

6.3.4.3 报告单应当使用中文或国际通用的规范术语。

6.3.4.4 医师应按医院规定及授予的权限单独签发报告或由审核医师审核后签发。

7.知情同意书

7.1 医疗知情同意书是医务人员在实施相关诊疗活动前，按照国家法律法规、规章规范等向患者

及时、具体告知拟施诊疗活动（如手术、麻醉、喻血治疗、特殊检查/特殊治疗等)的医疗风

险、替代医疗方案等情况，并由患者或近亲属签署明确意见的医疗文书。

7.2 当患者本人为完全民事行为能力人且不存在因疾病或神志影响自主做出决定的状态时，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（监护人或

意定监护人）签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员（委托代理人）签字；为抢

救患者，在法定代理人（监护人或意定监护人）或被授权人（委托代理人）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。

7.3 因病情和实施保护性医疗措施等不宜向患者说明情况的（告知时），应当将有关情况告知患

者近亲属，由患者近亲属，特别是近亲属中的家庭成员签署知情同意书，并及时记录(必要时

可以将不宜情况记录在病历中)。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。

7.4手术知情同意书

7.4.1 手术知情同意书是指手术前，经治医师向患方告知拟施手术的相关情况，并由患方签

署是否同意手术的医学文书。

7.4.2 内容包括术前诊断、拟施手术名称、术中或术后可能出现的并发症及手术风险、替代

医疗方案、经治医师和术者签名、患者签署明确意见（手写如“我同意”或“我不同

意”）并签名及签字时间。

7.4.3 开展器官移植、截肢、器官摘除等手术，原则上由患者本人签署明确意见并签名。

7.4.4 术中出现变更手术方案、扩大手术范围等，应由手术者或第一助手向监护人或委托代

理人履行知情告知义务，重新签署知情同意书，并由患者的监护人或代理人或近亲属

签署明确意见并签名。

7.4.5 手术过程中产生的人体废弃物（人体组织，器官等），告知患方处置方式并手写“自

行处置”或“由医院处置”。

7.4.6 患方签字后的手术知情同意原则上不得修改。运行过程中确需修改时，应告知患方修

改内容，并在修改处明修改时间，修改人员和患方再次签名。

7.4.7 根据法律规定，因抢救生命垂危的患者等紧急情况，且不能取得患者或其近亲属意见

的，经医疗机构负责人或授权负责人签字批准后，可以立即实施手术。

7.4.8 术前讨论完成后，方可签署手术知情同意书。

7.5麻醉知情同意书

7.5.1 麻醉知情同意书是指麻醉前，麻醉医师向患方告知拟施麻醉的相关情况，并由患方签

署是否同意麻醉意见的医学文书。

7.5.2 麻醉知情同意书内容包括患者姓名、性别、年龄、病案号、科室、术前诊断、拟施手

术方式、拟施麻醉方式，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，麻醉医师签名、患

方签署明确意见并签名、签字时间等。

7.5.3 麻醉知情同意书应在完成术前访视后签署。

7.6输血治疗同意书

7.6.1 输血治疗知情同意书是指输血前，经治医师向患方告知输血的相关情况，并由患方签

署是否同意输血的医学文书。

7.6.2 内容包括患者姓名、性别、年龄、科室、病案号、临床诊断、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、替代医疗方案、宣传无偿献

血、医师签名、患方签署明确意见并签名、签字时间等。7.3.2患者同一次住院期间

多次输血治疗时，可只在第一次输血前签署输血治疗知情同意书，并向患方说明及注

明以后输血时，不再签署输血治疗知情同意书；但每次输血前均需向患方告知。

7.6.3 血液制品(包括各种人血浆蛋白制品等)属于药品，临床使用血液制品前不需要签署输

血治疗知情同意书。

7.7 特殊检查/特殊治疗同意书

7.7.1 特殊检查/特殊治疗知情同意书是指在实施特殊检查/特殊治疗前，经治医师向患方告

知特殊检查/特殊治疗的相关情况，并由患方签署是否同意特殊检查/特殊治疗的医疗

文书。

7.7.2 特殊检查/特殊治疗知情同意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、患方签署明确意见并签名等。

7.7.3 合相应法律法规的前提下，签署选择处置权。

7.7.4 同一次住院期间相同目的、相同操作方法的多次特殊检查/特殊治疗，只可在第一次特

殊检查/特殊治疗前签署知情同意书，单需向患方说明并注明以后再行同一特殊检查/

特殊治疗时，不再签署特殊检查/特殊治疗知情同意书。

7.8病危病重通知书

7.8.1 病危(病重)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法定监护

人或委托代理人或近亲属告知病情，并由患方签署明确意见并签名的医疗文书。

7.8.2 病危（病重）通知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，患方签署明确意见、患方签名、医师签名及签名时间（至分钟）。一式两份，一

份交患方保存，另一份归病历中保存。

7.9其他告知/知情同意书

7.9.1 临床中的其他知情告知，如授权委托、拒绝检查/治疗、住院患者自动出院/转院风险

告知、尸检告知、使用医保外付费项目告知等，因涉及伦理原则和对医疗责任的认定，

是医务人员依法取得或告知并得到患方明确意见的医疗知情同意的重要组成部分，建

议签署书面告知书或知情同意书，并存入病历。