# 2024年门诊病历书写要求(5篇)

来源：网络 作者：青灯古佛 更新时间：2024-07-19

*无论是身处学校还是步入社会，大家都尝试过写作吧，借助写作也可以提高我们的语言组织能力。那么我们该如何写一篇较为完美的范文呢？以下是我为大家搜集的优质范文，仅供参考，一起来看看吧门诊病历书写要求篇一2、病历首页3、主诉4、现病史5、既往史、家...*

无论是身处学校还是步入社会，大家都尝试过写作吧，借助写作也可以提高我们的语言组织能力。那么我们该如何写一篇较为完美的范文呢？以下是我为大家搜集的优质范文，仅供参考，一起来看看吧

**门诊病历书写要求篇一**

2、病历首页

3、主诉

4、现病史

5、既往史、家族史

6、体检 /查体

7、诊断

8、处置

9、签名

1、在病历印刷边框线内、使用蓝或黑色钢笔或圆珠笔书写；字体工整、能够辨认，无自创字，错别字；更正笔误用双线划在错字上，原字迹可辨认； 审查修改病历,应注明修改日期,修改人员签名，保持原记录清楚可辨。

2、语言通顺，术语正确，绘图标记正确。

3、增加附页应在页眉处记明姓名、页码。

4、主诉牙（主诉病）首诊按初诊书写病历。复诊指主诉牙（主诉病）的继续治疗。

5、发现病历误、漏时应于篇尾补记并说明情况，禁止在误、漏原位处修改。

1、记载姓名、性别、年龄；存档病历应记载电话、通信地址、初诊科别、日期、邮编及x线片号、病理号。

3、诊断或初步诊断：部位＋诊断名称。

4、主诉牙（主诉病）每次诊治后需在病历首页填明日期、科别、诊断、处置及医师签名。

主诉的书写：

1、部位＋症状＋发病时间（或病程日期）

2、有些主诉可不含症状或发病时间

3、复诊：同一患牙或疾病写治疗后自觉症状。

现病史的书写：

主诉牙（主诉病）病史的发生，发展，曾经治疗，目前情况。

既往史、家族史、全身情况的书写：

1、正确记录患者陈述（与本病有关的）

2、无陈述时记明情况。

口腔专科检查的书写：

1、检查内容：额面部、口腔软组织、颞额关节、涎腺、上下班颈部和牙体、牙周组织。

1、龋齿、牙髓及根尖病 主诉牙的牙位或与主诉、症状相符的牙位、龋坏牙面、龋蚀度数、探诊、叩诊及松动度。

拍x线片者，需正确描述根吸收、根尖周、根分歧、恒牙胚等情况。

正确记录疑有病变的非主诉牙牙位、龋坏牙面及其它异常情况。

必要的牙髓活力检测。

正确记录牙周情况和与主诉相关的其他情况。

2、复诊：

1、正确记录：牙垢、牙石度数、牙龈组织变化、牙周探诊、牙齿松动度、咬合创伤存在与否、牙列缺损等。

2、牙周系统治疗病人应详细填写牙周专科检查表： 探诊深度、龈退缩、出血指数、松动、牙石、根分歧病变、颌关系、菌斑指数、签名日期、治疗设计。

3、正确记录x线片及其他辅助检查所见。

4、正确记录其他口内、口外、修复、正畸科阳性所见或无前述情况的记载。

5、复诊：详细记录上次治疗后反应及本次检查中所见。三．粘膜专业

1、正确记录

粘膜组织的病损部位、大小、性质、表面及基底情况。

与粘膜专业有关的皮肤及全身情况。

2、正确记录必要的血液检查、涂片检查及活体组织病理检查。

3、详细记录上次治疗后反应及本次检查所见。四．口腔外科

1、详细记录需拔除的主诉牙： 牙齿松动度、龋坏、牙周表现及外伤所见。

2、正确记录邻牙、其它非主诉牙和相对牙列的口腔外科阳性所见。

3、口腔颌面外伤。

伤位、伤情、失血量及全身情况。

紧急伤员需记录生命体征（t、p、r、bp）。

4、关节疾患、炎症、肿瘤。

详细记录口腔、颌面、唇舌、颊粘膜情况，淋巴结表现及全身一般情况。

开口度、开口型、咀嚼、合压痛点、关节弹响、咬合功能等。

5、正确记录x线片、检验、病理等辅助检查。

6、正确记录其他阳性所见。

7、复诊：详细记录上次治疗后反应及本次检查中所见。五．正畸专业

1、完成病历首页的正常程序书写，检查栏内必须填写“详见正畸病历”。

2、详细记录口腔正畸专科病历（不含关节病正畸外科正畸及牙周病正畸）。

姓名、性别、年龄、出生日期、籍贯、身高体重、病案号、记存号、x线号、医师、开始治疗日期。

按要求填写口腔一般情况。

正确描述正畸专业所见： 合类型、磨牙关系。前牙覆合、前牙覆盖、前牙开合、牙列拥挤、错合畸形、中线、颌体、齿槽座、面部健康情况、关节情况、家庭史、诊断、因素机制等，无阳性所见时记录“－”。

正确描述和记录x线片所见。

3、复诊：详细记录上次治疗后情况及本次检查所见。六．修复专业

1、正确记录牙体缺损所见： 基牙位置、形态、有无缺损、治疗情况（牙髓及无髓牙治疗情况）、松动度、牙龈、牙周袋、合关系。

2、正确记录牙列缺损所见： 缺损部位、数目、咬合关系、余牙健康情况。

3、正确记录牙列缺失所见：

牙槽骨情况、粘膜、拔牙创及骨尖骨突。

咬合 正常、深覆合、深覆盖、对刃合、反合、锁合、偏斜。

垂直距离、颞颌关节、口腔粘膜情况。

4、x线片所见：龋、牙周膜、根尖周、牙槽骨、根充等。

5、正确记录非主诉（主诉病）的修复正畸阳性所见。

6、正确记录其他口内口外阳性所见或无前述情况的记载。

7、复诊：治疗后的修复体形态、固位、边缘伸展、密合度衔接关系、咬合、美观及修复效果。

诊断的书写：

1、诊断依据充分、诊断名称正确。

主诉牙（主诉病）的诊断。其他病的诊断。

2、诊断不明确时应记录“印象”或“待查”。

3、三次就诊仍不能确诊应及时请上级医师会诊，并做出详细记录。

处置的书写：

1、治疗设计

简明设计方案。前提是取得患者或其监护人的同意。治疗设计合理，必要时附以图示。

正畸科治疗设计应详细记录患者或患儿家长要求、治疗目的；活动矫正器设计图示、日期、签名。

专科病历中详细记录治疗设计。

2、临床技术操作

详细记录治疗过程、治疗操作、用药及手术、（记录根管数目、部位、长度、牙髓状态及冠髓情况）。

按照质量控制指标完成治疗过程。

疑难病治疗超过疗程，应及时请上级医师会诊并详细记录，必要时由会诊医师填写会诊意见。

主诉牙预约或阶段治疗结束后定出复诊日期。

3、临床用药

详细记录用药名称、剂量用法等情况，合理用药，正确用药。

签名、盖名章的书写：

1、经治医师、指导医师签全名，签名字迹清晰。在签名上盖名章。

2、复诊与初诊病历书写要求相同。

**门诊病历书写要求篇二**



二、掌握门诊处方规则。



一、由教师向学生介绍儿科门诊见习注意事项。(一)遵守门诊工作制度。爱护公物，保持整洁。(二)各种记录及申清单必须由老师审核签名。(三)尊敬老师，服从安排。

二、教师讲解儿科门诊病历内容与要求：

(一)填写病历首页各项(包括姓名、性别、年龄、住址、药物过敏史、日期等)。

(四)体格检查记录顺序同完全病历，但主要记录阳性体征及有鉴别诊断意义的阴性体征。(五)记录实验室检查及其它特殊检查结果。(六)最后写出诊断和治疗意见以及进一步检查项目。(七)签名(学生先签名，老师审查后再签名)。(八)力求记录规范、书写整洁、签名应清楚。

2024年10月10日8am，儿科，男，4岁 咳嗽4天

患儿因受凉于本月6日出现单声咳嗽，以夜间为重，同时伴有低热，无气促、发绀、呛咳。曾服“止咳糖浆”效果不佳。起病来二便如常，食欲未减，精神好。患儿既往体健，家族中无结核病患者。无药物过敏史。

体查：t38.2℃，呼吸20次／分，脉搏92次／分，神清，精神面色好，发育营养中等。咽红，双扁桃体i度，充血，未见脓性分泌物，无三凹征，双肺呼吸音增粗，闻及少许干性罗音，未闻及湿罗音。心音有力，未闻及杂音。腹平软，肝脾未扪及。

青霉素注射液 80万u×6支

用法： 0.15 发热高于39℃时口服。

儿科门诊复诊病历示范二： 2024年10月5日8am 儿科

用法: 4ml 每日二次





1、见习学生所开的门诊处方一律要用标准格式书写，所开的一切处方均应经教师审查签名，否则不予生效，更不准临摹教师书体签名。



2、门诊处方的书写可用中文、英文、拉丁文，但字迹必须清楚。



3、一般门诊处方一次开药3～4天，慢性疾病如支气管淋巴结结核可一次开药1～2个月；危急重症则临时开药。



sig：0.2 sos． 医生签名：宋新民



四、儿科门诊常用药物及剂量：



2、氨苄青霉素ampicillin(0.5g／瓶，lg／瓶), 50～100mg／kg?d。分2～3次肌注，静推或静滴。用药前皮试。



3、羟氨苄青霉素(阿莫西林)amoxycillin(0.25／粒，0.125／粒，粉剂125mg／袋)，50～100mg／kg?d，新生儿50mg／kg?d。分3～4次口服。



4、头孢氨苄(先锋霉素ⅳ，头孢霉素ⅳ)cephalexin（0.125／粒，0.25／粒，125mg／包），50～100mg／kg?d，分3～4次口服。



6、罗红霉素(50 mg／片，0.15／片)，5～10mg／kg?d，分2次口服。



7、小诺霉素(小诺米星)micronomycin（针剂30mg／ml／支，60mg／2ml／支，80mg／2ml／支），3～4mg／kg?d，2～3次／日。



8、双嘧啶(sd—tmp)，dmd(糖浆剂，每10ml含sd 0.5g，tmp 0.062g)2～6岁10ml／日，6～12岁20ml／日，分2次服。



11、异烟肼(雷米封)rimifon，inh(0．1g／片，针剂：0．1g／支)，10～20mg／kg／d．一般清晨一次顿服。



13、制霉菌素(50万u／片)

新生儿：40万u～80万u／日 分四次口服 2y：40万u～80万u／日 分四次口服 2y：100万u～200万u／日 分四次口服。



14、复方阿斯匹林：a?p?c(0．42／片，0．1／片)5～10mg／kg／次，必要时口服。



16、速尿(呋喃苯胺酸)：furosemide(20mg／片，20mg／安瓿)口服：2～3mg／kg／日，分2～3次，静注，肌注l～2mg／kg?次。



17、利血平reserpine(0.25mg／片，lmg／lml)，口服：0.02mg／kg／日，分2～3次口服；肌注或静注为0.07mg／kg／次，极量为1.5～2mg／次。



18、复方甘草合剂(棕色合剂)：brown mixture lml／岁?次，一日3～4次口服。



19、氨茶碱 aminophylline(0.1g／片，0.05g／片，0.25g／l0ml?支)，小儿一般：4～6mg／kg?次，每日服3～4次。静注或静滴，2～4mg／kg?次。

20、硫酸阿托品atropine sulfate(片剂：0.3mg／片，针剂：0.5mg／支，lmg／支)，小儿一般：0.01mg／kg?次，口服、皮下注射、静注。抢救感染性休克，0.03～0.05mg／kg?次，静脉注射，每15～30分钟一次。



21、毛花甙丙(西地兰)cedilanid，(针剂；0.4mg／2m1)饱和量：2岁0.03～0.04mg／kg，2岁0.02～0.03mg／kg，肌注或稀释后静注，首次剂量给饱和量的1／2，余量分二次，每4～6小时一次。



22、普罗帕酮(心律平)：propafenone(片剂：150mg／片，针剂：70mg／20ml)口服：5～7mg／kg?日，分3次。静注：0.5～lmg／kg?次，在心电监护下20分钟后可重复用1次。



23、甲基磺酸酚妥拉明：(苄胺唑啉)phentolamine, regitine，(10mg／m1)0.3～0.5mg／kg／次，稀释后静滴。



24、甘露醇：mannitoi(20％溶液100ml，250ml)，0.5～lg／kg?次，1／2小时内静滴或静注，必要时4～6小时重复。



26、枸椽酸哌嗪(驱蛔灵)：piperazine(0.5g／片，0.25g／片，糖浆：160mg／m1)。驱蛔虫：0.1～0.15g／kg?d，最大量3g／日，连服2日，睡前顿服； 驱蛲虫：60mg／kg?d，分2次服，1日不超过2g，连服7～10日。



27、强的松：prednisone，(片剂：5mg／片)，1～2mg／kg?d，分3次口服。

**门诊病历书写要求篇三**

1.门诊、急诊、住院病人一律建立门诊病历，由门诊病案室保管。

2、病历应使用蓝色（黑色）钢笔、圆珠笔书写。

3、病历一律用中文填写，力求通顺、准确、简练、完整，字迹清晰工整、不潦草，重要字段不得有涂改。

4、医师签字要签全名。

⑴认真逐项填写表格式病历首页，不可漏项；

⑵有就诊日期；

⑶有患者主诉、病史、查体；

⑷有检查、初步诊断、处置；

⑸有医师签名。

⑴有就诊日期；

⑶有病情变化后的查体；有初诊阳性体征的复查；

⑷有处置、复诊时间；

⑸有医师签名。

7、有药物过敏史者，应在门诊病历首页注明过敏药物名称。

8、有创检查、使用化疗药物（结核、肿瘤），均应让病人签属相关的知情同意书附在病历内，医生在病历中有相应的记录。

9、病历中详细记录治疗方案，应有药名、剂量、用法、数量。

10、开具诊断证明、休假证明和重要病情交待，病历中要有记录。

11、诊断书写要规范，待查病例要有印象诊断，不能确诊的病例要有鉴别诊断，跨科开药要有相应的疾病诊断。

**门诊病历书写要求篇四**

门

（急）诊病历的写法

门（急）诊病历的内容主要包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史、病史记录、化验单（检验报告）、医学影像学资料等。

1.认真填写病人的姓名、性别、出生年月、民族、职业、住址、工作单位、药物过敏史等。每次就诊时，均需写明科别和年、月、日，记录内容要简明扼要，重点突出。

2.记录病人就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史等简要病史和体征（阳性体征、必要的阴性体征）、检查项目、检查结果、初步诊断、用药名称、剂量和用法以及治疗意见，如人院、手术、会诊、转科、留诊观察和回家休息治疗等。如需复诊，应写明复诊时间、内容及再次接诊治疗医师须注意的事项。

3.复诊病历重点记录病情变化和诊疗效果。包括就诊时间、科别、主诉、现病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断和处理意见及医师签名。初步诊断应力求在就诊当日或1次一2次复诊中确定。对一时难以确诊者，可暂写明某症状待诊，如 “发热待诊（查）”等。

4.急、重、危病人就诊时，必须记录就诊时间到分钟，除简要病史和重要体征外，应记录血压、脉搏、呼吸、体温、意识状态、诊断和抢救措施。对门诊抢救无效而死亡者，要记录抢救经过、死亡时间和死亡诊断，并在死亡后6小时内完成抢救记录。

5.门诊病历记录完毕，接诊医生要签全名或加盖规定的印章，所有门诊病历必须在接诊时完成。

6.首诊科室接诊医生必须书写门（急）诊病历，若需请其他有关科室会诊或转诊者，由首诊科室接诊医生在门（急）诊病历上书写清楚，开好有关的转诊或会诊申请单。若病人行动不便或病情危重，应由首诊科室接诊医生负责请有关科室医生前来会诊或作检查，亦应在门诊病历上书写会诊及检查结果记录，提出诊疗意见，由首诊科室负责执行，对病人作妥善处理。

7.实习医师书写的门（急）诊病历，应由带教老师审阅签字后方可生效。

初诊记录

xxxx年xx月xx8

反复上腹部隐痛3年，加重3个月。

自1996年7月开始，常于饭前感上腹部隐痛，多因饮食不节诱致。伴反酸、唆气、纳差，饭后可缓解。无发热、黄疽、呕血及黑便史。近3个月发作较频繁，疼痛无规律性，疼痛次数增多、加重，进食后不缓解。

过去健康，无肝病及胃病史。

1.大便潜血检查1.漫性胃炎

2.胃镜检查胃、十二指肠溃疡

医师签名：xxx

复诊记录

xxx年xx月xx日

病史同前。服药后症状减轻，食欲稍增加，反酸、吸气减轻，精力比前好。体检：巩膜不黄，腹软，平坦，上腹轻压痛。

处理：

14d 2.胃复安lomgtidx 14d

3.构椽酸秘钾l2omgtidx 14d

**门诊病历书写要求篇五**

门诊病历和处方的书写规范（需完善）

（1）主诉：病人最痛苦的主要症状或体征及持续时间。

（2）现病史：主症发生的时间、病情发展变化的情况、诊治经过及必要的既往病史。（3）望、闻、切诊：与诊断有关的望、闻、切诊的阳性所见，必要的体格检查等，舌象（舌体、舌质、舌苔、舌底脉络），脉象。（两周岁以下小儿需查指纹）。

（4）实验室检查及特殊检查结果。

（5）辩证分析：归纳四诊所得的主症、阳性体征、舌象、脉象等，扼要分析病位、病因、证候属性、病机转化。（6）诊断：含中医病（症）名、证名及西医病名。（7）治法：根据辨证写出指导用药的立法。

（8）方药：运用成方可写方名及加减。自拟方可不写方名。每行写四味药，药物名称右上角写特殊煎服法，右下角写剂量“g”或“克”。

（9）医师签全名（右下方）

记录前一次诊疗后四诊变化情况，如治法及方药发生变动，应做到简要辩证分析。如有上级医师的政治意见亦应记录在案。

处方管理的一般规定

1、患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整，并与病历记载相一致。

2、每张处方限于一名患者的用药。

3、字迹清楚，不得涂改；如需修改，应当在修改处签名并注明修改日期。

4、药品名称应当使用规范的中文名称，无中文名称的可以使用规范的英文名称书写；医疗机构或者医师、药师不得自行编制药品缩写医学教育网搜集整理名称或者使用代号；书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范，药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或缩写体书写，但不得使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句。

5、应当填写患者实足年龄，新生儿、婴幼儿写日、月龄，必要时要注明体重。

6、西药和中成药可以分别或同一张处方开具，但中药饮片应当单独开具处方。

7、开具西药、中成药，每张处方不得超过5种药品。

8、中药饮片处方的书写，一般应当按照“君、臣、佐、使”的顺序排列；调剂、煎煮的特殊要求注明在药品右上方，并加括号，如布包、先煎、后下等；对饮片的产地、炮制有特殊要求的，应当在药品名称之前写明。麻醉药品和一类精神药品处方必须有患者身份证编号（和代办人姓名、性别、年龄、身份证编号）。

9、药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊情况需要超剂量使用时，应当注明原因并再次签名。

10、除特殊情况外，应当注明临床诊断。

11、开具处方后的空白处划一斜线以示处方完毕。

12、处方医师的签名式样和专用签章应当与院内药学部门留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应当重新登记留样备案。同时药品剂量与数量应用阿拉伯数字书写。剂量应当使用法定剂量单位。

13、药品超剂量使用要注明原因及再次签名，普通处方用药不超过7日量，急诊处方不超过3日量，慢性病可适当延长使用天数但必须注明原因。

14、处方用纸符合要求：急诊处方-淡黄色，普通处方-白色，麻醉处方-淡红色，一类精神药品处方-淡红色，二类精神药品处方-白色。

15、审核、调配、医生签章等清晰规范。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找