# 住院检验报告怎么写范文优选18篇

来源：网络 作者：逝水流年 更新时间：2025-03-17

*住院检验报告怎么写范文 第一篇（一）、建立健全医院病历质量管理组织，完善医院“四级”病历质量控制体系并定期开展工作。四级病历质量监控体系：1、一级质控小组由科主任、病案委员（主治医师以上职称的医师）、科护士长组成。负责本科室或本病区病历质量...*

**住院检验报告怎么写范文 第一篇**

（一）、建立健全医院病历质量管理组织，完善医院“四级”病历质量控制体系并定期开展工作。

四级病历质量监控体系：

1、一级质控小组由科主任、病案委员（主治医师以上职称的医师）、科护士长组成。负责本科室或本病区病历质量检查。

2、二级质控部门由医院行政职能部门有关人员组成，负责对门诊病历、运行病历、存档病案等，每月进行抽查评定，并把病历书写质量纳入医务人员综合目标考评资料，进行量化管理。

3、三级质控部门由医院病案室专职质量管理医师组成，负责对归档病历的检查。

4、四级质控组织由院长或业务副院长及有经验、职责心强的高级职称的医、护、技人员及主要业务管理部门负责人组成。每季度至少进行一次全院病历质量的评价。

（二）、贯彻执行\_《病历书写基本规范》、《医疗机构病历管理规定》、《医疗文书规范与管理》的各项要求，注重对新分配、新调入医师及进修医师的有关病历书写知识及技能培训。

（三）、加强对运行病历和归档病案的管理及质量监控。

1、病历中的首次病程记录、术前谈话、术前小结、手术记录、术后（产后）记录、重要抢救记录、特殊检查、麻醉前谈话、输血前谈话、出院诊断证明等重要记录资料，应由本院主管医师书写或审查签名。手术记录应由术者或第一助手书写，如第一助手为进修医师，须由本院医师审查签名。

2、平诊患者入院后，主管医师应在8小时内查看患者、询问病史、书写首次病程记录和处理医嘱。急诊患者应在5分钟内查看并处理患者，住院病历和首次病程记录原则上应在2小时内完成，因抢救患者未能及时完成的，有关医务人员应在抢救结束后6小时内据实补记，并加以注明。

3、新入院患者，48小时内应有主治医师以上职称医师查房记录，一般患者每周应有2次主任医师（或副主任医师）查房记录，并加以注明。

4、重危患者的病程记录每一天至少1次，病情发生变化时，随时记录，记录时间应具体到分钟。对病重患者，至少2天记录一次病程记录。对病情稳定患者至少3天记录一次病程记录。对病情稳定的慢性病患者，至少5天记录一次病程记录。

5、各种化验单、报告单、配血单应及时粘贴，严禁丢失。外院的医疗文件，如作为诊断和治疗依据，应将相关资料记入病程纪录，同时将治疗文件附于本院病历中。外院的影像资料或病理资料，如需作为诊断或治疗依据时，应请本院相关科室医师会诊，写出书面会诊意见，存于本院住院病历中。

（四）、出院病历一般应在3天内归档，特殊病历（如死亡病历、典型教学病历）归档时间不超过1周，并及时报病案室登记备案。

（五）、加强病历安全保管，防止损坏、丢失、被盗等，复印病历时，应由医护人员护送或再病案室专人复印。

（六）、依据《省病历质量管理评价奖惩暂行办法》的要求与规定，建立科室及个人病历书写质量评价通报制度和奖罚机制。

**住院检验报告怎么写范文 第二篇**

xx年即将过去，回顾这一年，取得了很大进步，但也有不少缺点，现总结如下：

一年来，我以“八荣八耻”的荣辱观来指导自己的日常行为。近期，又在院党总支的领导下，学习了党的十八大报告，深刻领会其内涵，并已提交了学习心得。

我知道，要做一名合格的\_员，就一定要树立坚定的社会主义、共产主义信念，始终保持政治上的清醒和坚定。只有在前进的道路上始终保持清醒的头脑、科学的认识、坚定的信念，才能经受住各种困难和风险的考验。我始终把对共产主义事业的忠诚同坚决贯彻执行党的基本路线和各项方针政策统一于建设有中国特色社会主义的实践之中，坚定地站在改革开放和现代化建设的前列，解放思想，更新观念，勇于开拓，大胆创新，积极认真地、保质保量地完成党交给我的各项工作任务。

我始终牢记自己的入党誓言，时刻提醒自己要矢志不移、孜孜不倦地为党工作，以实际行动表明自己的入党要求是真诚的，对党的事业是忠诚的。在这一点上，我自己从来不敢有丝毫松懈和马虎，始终坚持从一点一滴的小事做起，以实际行动争取早日入党，并为党的事业作出实际贡献，不断提高自己的思想觉悟，努力做一名合格的\_员。

在工作中，本人深切的认识到一个合格的医生应具备的素质和条件。努力提高自身的业务水平，不断加强业务理论学习，通过学习查看订阅的业务杂志及书刊，学习有关卫生知识，即时写下了相关的读书笔记，丰富了自己的理论知识。通过各种培训和业务专业讲座，并多次参加医院组织的，新的医疗知识和医疗技术以及相关理论，从而开阔了视野，扩大了知识面。

已能独立完成诊治过程，并能处理相关并发症，以及从病人就诊、住院至出院期间的相关病历文书。工作中严格执行各种工作制度、诊疗常规和操作规程，一丝不苟的处理每一位病人，在最大程度上避免了误诊误治，尽可能的.避免了差错事故的发生。

在过去的一年里，我取得了一些成绩，但离组织的要求还有一定差距。一是自身素质需要进一步提高，特别是到新的工作单位后，需要进一步加强学习，增强知识；二是工作的协调能力需要进一步加强。为适应新形势下健康教育工作的需要，我决心在以后的工作中，虚心学习，改进不足，踏实工作，再接再厉，不断提高自身素质，更加扎实地做好各项工作，在平凡的工作岗位上尽自己最大的努力，做最好的自己，不辜负组织对我的期望。

20xx年是繁忙而又充实的一年，在科主任及上级医师的指导下，我无论是思想上还是在业务水平上，我的收获都很大，具体如下：

在工作中，能严格遵守医院的各项规章制度，刻苦严谨，较好地完成了自己的本职工作。遇到问题积极寻求解决办法。能不断的发现自己的不足，始终保持学生时代强烈的求知欲望，能将这股热情和工作紧密结合。今年适逢医院创建三级甲等综合医院，在创等过程中，能服从医院领导及科主任的安排，积极配合完成各项工作。

在作风上，能遵章守纪，团结同事，务真求实，乐观上进，始终保持严谨认真的工作态度和一丝不苟的工作作风。在生活中发扬艰苦朴素，勤俭耐劳，乐于助人的优良传统。

在思想方面上，本人在这一年中认真学习马列主义，\_思想和\_理论，积极追踪学习十八大会议精神，我作为一名年轻的医师，自己今后要走的路还很长，作为一名党员，我时刻以团员的标准严格要求自己，在工作上不怕苦不怕累甘于奉献，向优秀党员同志学习。

随着医院即将升为三级甲等综合医院，可以预料我们的工作将更加繁重，要求也更高，需掌握的知识更高更广。为此，我将更加勤奋的工作，刻苦的学习，努力提高文化素质和各种工作技能，成为一名合格的医务人员。

当然，我身上还存在一些不足有待改进。比如，在学习上，有时仍有浮躁的情绪，尤其是在遇到挫折的时候。在工作上，有时存在着标准不高的现象，虽然基本上能履行自己的职责和义务，但是在主动性方面还有待于进一步提高，这都是我今后需要改进和提高的地方。

感谢院领导，科主任和上级医师给予的教育，指导，批评和帮助，感谢同事们给予的关心和支持。

**住院检验报告怎么写范文 第三篇**

住院病例

姓名：xxx 职业：工人

性别：女 住址：xx市xx路xx号

年龄：44岁 入院日期：1994年3月1日10时 民族：汉 记录日期：1994年3月1日10时 籍贯：xx省xx市病史陈述者：患者本人

婚姻：已婚 可靠程度：可靠

主诉：劳累后心悸、气促，加重2年，发热伴下肢水肿3天。

现病史：十五年前（1979年）无明显诱因，劳累后出现心慌、气促，短时休息可缓解。曾在兰州市城关区医院就诊，诊断为“风湿性心脏病”、“二尖瓣狭窄及关闭不全” （用药不详）。当时能胜任一般工作，未进行特殊治疗。两年前，因受凉咳嗽，心悸、气促加重，咳稀薄白色泡沫样痰，有时痰中带血，色鲜红，三天后因大咯血，住本市第二医院治疗（用药不详）后，心悸、气促减轻，咯血停止，当时无发热、胸痛及盗汗等症状，下肢无水肿。此后轻微劳动，即感心悸、气促，下肢轻度水肿，晨起消退。半年前，因受凉发热，除心悸、气促加重外，且不能平卧，伴有腹胀、恶心、下肢水肿，无关节肿痛。

曾在本市某医院门诊诊断为“心衰”、“上感”,肌注“青霉素”每次80万U,一日2次， “链霉素”肌注，每次5g,一日2次，口服“地高辛”每次5mg,一日二次，三天后，心悸、气促减轻，尿！增多，水肿消失，体温恢复正常。以后每天服“地高辛”,发热稍退，但心悸、气促加重，不能平卧，可参加日常活动。三天前体温波动在37. 39℃之间，下午较高，无寒战，咳嗽仍为稀薄白色泡沫样痰。()曾自服“APC”o. 5g,一日三次，发热稍退，但心悸、气促加重，不能平卧，尿登减少，下肢水肿，遂来我院就诊。门诊以“风湿性心脏病，二尖瓣狭窄及关闭不全，心力衰竭n度，上呼吸道感染”收入院。近来睡眠差，食欲减退，大便尚正常。

既往史：体质差，3岁患过“麻疹”,14岁时曾患“化胶性扁桃体炎”.以后每遇受凉即咳嗽、咽痛。无游走性关节痛病史。

呼吸系统：无潮热、盗汗、胸痛等病史。

循环系统：无心前区疼痛及高血压病史。

消化系统：无上腹痛、反酸、上腹烧灼感、呕血、腹痛、腹泻、便血及黄疽病史。泌尿系统：无尿急、排尿困难、尿颇、血尿及夜尿增多病史。

血液系统：无苍白、鼻妞、皮下出血史。

内分泌及代谢系统：无多饮、多食、多尿及情绪易激动病史。

神经系统：无头痛、头晕、失眠、胶体瘫痪、意识障碍等病史。

运动系统：无关节红、肿、疼痛及骨折、脱位、肌肉萎缩、四放麻木病史。

个人史：生于兰州，自幼上学，20岁参加印染工作，无外地长期居住史，家庭居住条件一般，未在潮湿环境下居住过，无烟酒哈好。

婚姻史：25岁结婚，配偶健康，感情好。

月经史及生育史：月经初潮13天，月经，不多，色正常，无血块及痛经史，白带盆不多，无异味。孕二产一，足月顺产，现有一子，人工流产一次。妊娠及分娩期间无明显心悸、闷气加重史。

家族史：父母健康，家族中无类似病人，亦无传染、遗传疾病。

体格检查

T37. 8C P108次/分R38次/分BP98/6OmmHg

发育正常，营养中等，意识清晰，半卧位，呼吸急促，查体合作。

皮肤毅膜：面颊轻度发纷，皮肤干燥，弹性差，全身皮肤钻膜未见黄染、皮诊、出血点及蜘蛛痣，毛发分布正常。

琳巴结：右领下可触及一个约1 >A2.未闻及二尖瓣开瓣音、奔马律及心包摩擦音。

血管：

挠动脉：脉率108次/分，律齐，搏动细弱。

腹部：

望诊：腹平坦，两侧对称，无皮疹、疲痕及腹壁静脉曲张，未见肠型及胃肠蟠动波。触诊：腹软，无压痛，无反跳痛及波动感。肝下界右锁骨中线肋缘下6cm、剑突下 10cm,质中等硬度，边缘钝，表面光滑，有轻度压痛，脾未触及。

叩诊：呈鼓音，肝上界在右锁骨中线上第5肋间，腹部无移动性浊音。双肾区无叩击痛。

肛门及外生殖器：外阴经产式，无疖肿及脓性分泌物，尿道口无炎症，无肛门裂、痔、脱肛、痰管，直肠指诊未检查。

脊柱四肢：脊柱生理弯曲存在，无畸形，无压痛及叩击痛。活动自如。四肢关节无肿痛，无畸形，无柞状指（趾），两下肢明显凹陷性水肿。

神经系统：腹壁反射和肚二、三头肌反射以及膝反射存在，无病理反射及脑膜刺激征阴性。

实验室检查及器械检查：

血象：红细胞4. OX 10\'s /L（400万/mm3 ），血红蛋白lOOg/L（lOg写），白细胞12 X 103/L（1/mm3），中性分叶核粒细胞（60%），杆状核粒细胞（20%）， 血沉：40mm/h,

X线胸透：心影普遍增大，食管吞钡见左房段有显著压迹。

心电图：左房肥大（呈二尖瓣型P波），双侧心室肥大。

病情摘要

XXX,女，44岁，印染工人，以劳累后心悸、气促十年余。发热伴下肢水肿三天，于1994年3月1日上午10时急诊入院，十年前劳累后心悸、气促，短期休息可缓解。两年前因受凉后咳嗽，心悸、气促加重，有时痰中带血，色鲜红，严重时大口咯血。半年前发热，心悸、气促加重，不能平卧，下肢水肿，经用青、链霉素及地高辛治疗，三天后症状减轻。以后每天服地高辛25-0. Smg,可以参加S常活动。三天前受凉后上述症状又加重，发热，尿少，下肢水肿，急诊入院。14岁曾患过“化脓性扁桃体炎”, 以后经常咽痛。

体检：T37. 8C P108次/分R38次/分BP13. 1/ KPa（98/6OmrnHg）。

半卧位，呼吸急促，面颊及口唇轻度发纷，咽轻度充血，右扁桃体肿大工度，颈静脉怒张，肝颐静脉回流征阳性，两肺呼吸音粗糙，两肺可闻少量水泡音。心前区搏动弥散，心尖部可触及舒张期震颤，心界向左扩大，心腰部突出，心率快，律整，P2>A2,心尖部可闻及SM4/6级吹风样，粗糙，向左胶下传导，DM中等度，隆隆样，局限。肝上界右锁骨中线上第五肋间，下界距肋缘下6cm剑突下10cm,质中等硬度，边缘钝，轻度压痛。脾未触及。下肢明显凹陷性水肿。腹部无移动性浊音。白细胞12>< 109/L （120\_/mm』），血沉40rnm/h,X线胸透心影普遍增大，食管左房段明显受压。

心电图：左房肥大，双侧心室肥大。

初步诊断：

1.慢性风湿性心脏瓣膜病二尖瓣狭窄及关闭不全心脏扩大

心功能班级

2.上呼吸道感染

**住院检验报告怎么写范文 第四篇**

本人\_\_年\_月毕业于医学专科学院临床医学专业，于\_月至今在\_\_儿科工作。在工作过程中，始终坚持以病人为中心，在院领导、科主任、多位上级医师的指导下，我努力工作、学习，将书本理论与临床实践相结合，努力钻研内儿科专业知识体系，在实践过程中我逐渐熟悉到临床工作的复杂性、多样性，了解到了一些内儿科疾病的诊疗过程。现将本人近一年来的思想、工作、学习情况总结如下：

一、端正工作态度，热情为患者服务。

在工作过程中,本人严格遵守医院规章制度,认真履行实习医生职责，严格要求自己,尊敬师长,关心病人,不迟到,不早退,踏实工作,努力做到工作规范化,技能服务优质化,基础灵活化,爱心活动经常化,将理论与实践相结合,并做到理论学习有计划,有重点,工作有措施,有记录,实习期间,始终以爱心,细心,耐心为基本,努力做到眼勤,手勤,脚勤,嘴勤,想病人之所想,急病人之所急,全心全意为患者提供优质服务,树立了良好的医德医风.

二、认真负责地做好工作，做好个人工作计划，进步专业技术水平。

参加工作后我仍然坚持天天学习，天天把握一种疾病;同时不忘学习本专业研究的新成果，不断汲取新的营养，锻炼科研思维;坚持“精益求精，一丝不苟”的原则，工作过程中严格按照事故及差错的发生;在工作中不断丰富自己的临床经验，时刻保持谦虚谨慎，碰到不懂的题目勇于向上级医师请教，努力进步自己综合分析题目和解决题目能力.

严密观察病情，及时正确记录病情，对患者的处理得当;在内儿科的工作中，本人严格遵守科室制度，按时参加查房，熟悉病人病情，能正确回答带教老师提问，规范熟练进行各项基础操纵，能规范书写各类文书，并能做好内儿科常见病的诊疗。

在工作中，发现题目能认真分析，及时解决，同时，本人积极参加各类专业学习，不断丰富自己的业务知识，通过学习，对整体技术与病房治理知识有了更全面的熟悉和了解。

三、严格要求自己。

在做好本职工作的基础上，积极为科室的发展出谋划策，希看明年的工作量能够再上新高。在医院领导和同事们的帮助下，我的各项工作完成地较为圆满，但是我不能有丝毫的松懈，由于以后的工作还会面临更大的挑战和机遇。同时与其它先进同事相比还有差距，在今后工作中，我要继续努力，克服不足，创造更加优异的工作成绩。

以上是我的工作总结，在过往的近一年里，要再次感谢院领导、护士长.带教老师周医生的教育、指导、批评和帮助，感谢同事们给予的关心和支持。过往的一年，是不断学习、不断充实的一年，是积极探索、逐步成长的一年。我也深知，在业务知识上，与自己本职工作要求还存在有一定的差距。

在今后的工作和学习中，自己要更进一步严格要求自己，加强业务知识方面的学习，认真总结经验教训，克服不足，在各级领导和同事的帮助下，通过不懈地努力，加强我的自身能力。更好的为病人服务。

**住院检验报告怎么写范文 第五篇**

岁数偏高的人和高危人群出现的大小症状都要警惕。如果岁数偏高，还要注意胸闷、背痛、肩痛、头晕、手脚麻木、半身麻痹、口眼歪斜，流口水、一侧身体行动不便、肌肉无力等现象，这些可能是心脑血管疾病的症状。心脑血管疾病发病快，危害大。

出现这类症状的，特别是高危人群，得早一点去医院，不能像其他症状那样观察几天再说。

如果不属于以上情况，只是常见的不舒服，那么先到等级较低的正规医院检查，一般问题是不大的。

如果在级别比较低的医院进行检查，查出了包括肿瘤、心脑血管疾病、肾病、肝病、高血压病、糖尿病等危害大且治疗成本又很高的疾病，那么应该到三甲综合医院或者是专科医院进行二次检查。这不仅是为了避免误诊，也是因为这些病原本就应该到高级别的医院治疗，更换医院是无论如何都要做的一件事。

在到新的医院重新检查的时候，要注意带着全部的病历和检查报告，按照时间顺序排好。像X光片、CT等检查对身体有伤害，一般不进行重复检查。如果在之前的医院里已经做过了检查，直接拿着检查报告给医生看就可以了。但如果新的医院强烈要求您重新检查，为了保险起见，还是应该重做一遍。因为现代化的检查也有出错的可能，有些检查的效果特别依赖于检查医生的水平。

除了大病外，比较少见的病、久治不愈的病，也可以多找几家医院诊断，因为这些病误诊的可能性比常见病要大一些。

我厘清了普通病与大病的看病原则，但还有一种情况也不能忽略，那就是有些病因不明的小症状，比如头疼脑热之类就可以算。说它不是病，人却会感到不舒服；说它是病，又好像谈不上，这要怎么治呢？再给大家讲个故事。

曾经有个朋友看了很多医生，吃了很多药，用了很多偏方，都治不好病。他到处托关系寻医问药，也不知道是哪个朋友在他面前“吹嘘”了我的医术，人家就好像抓到宝一样，非要让我给他看看。

给这种求诊了很久都效果不好的患者看病，我其实是没有信心的。因为这样的病人，基本上把他能找的名医都找遍了，除非他所看的病症正好是我最擅长的领域，否则该做的措施，其他的医生肯定都采取过，而我能做的，不过就是把病历重新看一遍，告诉他哪些医生的判断是对的，哪些是值得商榷的，劝说他接受过去的治疗。最多是再给他推荐几个名医，也就能做到这么多了。

出于这样的考虑，我并没有在门诊接诊他，而是约在朋友的家里见面。寒暄了几句之后，我做足了接受挑战的准备，等拿到这个人的病历来一看，我长吁一口气，原来，他所谓“久治不愈”的顽固病，叫作“神经性头痛”。

我明白他之所以为了这个病苦苦求医多年，实际上是吃了医生诊断“潜规则”的亏了！

因为所谓“神经性头痛”，在西医中实际上就有点“找不到病因”的意思。这个朋友当然求医多年也治不好了，因为在西医看来，这个“神经性头痛”根本就不算严格意义上的疾病，没有明确的病因，根本就没病可治嘛。

（摘自《哪些病适合看中医，哪些病适合看西医》广东科技出版社 图/刘昌海）

**住院检验报告怎么写范文 第六篇**

各位领导、各位同事：

大家好！在此辞旧迎新之际，咱们回顾过去，展望未来，忙碌辉煌的一年已经过去，新的一年已经到来，在这新的一年中我将在大家一如既往的支持下和大家一起完成我院20xx年的医疗工作、社区工作、宣教工作、人才培养工作和内科的门诊工作。希望大家在新的一年工作中能给我以更大的帮助和支持，把我院20xx年各项工作完成的更好。现把我院今年以上几方面工作计划和思路叙述如下：

总思路：根据卫生局20xx年综合目标考核内容医疗工作、人才培养重点突出十个理念、五个加强、两个提高。

1、十个理念：就是我院20xx年提出的十个文化理念的延伸。

2、五个加强：是加强医疗技术水平提高和医疗质量的管理；加强医疗考核制度的落实和管理工作的细化、量化；加强服务品牌的建设；加强人才培养的力度；加强团队建设的步伐。

3、两个提高：通过以上两个方面的加强达到两个提高的目标就是社会效益的提高和经济效益的提高，这也是十个理念的第十个文化理念。

一、医疗工作、人才培养：

工作重点、医疗质量：

（一）基础医疗质量：

通过修订《医疗质量检查考核标准》，对医疗文书书写制度、请示报告制度、查对制度、会诊制度、病例讨论制度、首诊首科负责制度等医疗核心规章制度。采取平时督促抽查和集中检查相结合的方法，对基础医疗质量和环节医疗质量进行严格把关，多措并举，使我院的医疗质量明显提高。

（二）医疗文书质量：

1、严格按照《山西省病历书写规范》的要求，对住院病历、病程记录及其相关资料的.书写提出进一步的规范化要求，认真组织学习，每月进行一至二次质量督导检查，落实奖惩兑现，奖优罚劣，使临床医师的病历书写意识和书写质量大有提高。

2、各科室及时地上缴病历，现病历严格按《山西省病历书写规范》要求及时地书写现病历和病程记录。

3、建立门诊手册，开展门诊输液建立观察病历。加强处方质量检查，每月随机抽查5天处方，合格率要求在90%以上。

4、门诊及住院科室的各项基础登记也能够按要求进行，基本符合质量标准要求。

（三）医技科医疗质量：

1、加强医技人员技术培训及服务质量的改进，注重检测结果的符合率及准确率的监测并纳入考核范围。

2、不断增设新项目以满足临床需要，其中检验科今年新开展甲肝抗体、乙肝抗体及\_螺旋体检测项目，适应临床科室安全的需要。放射科规范阅片制度和堵漏差错和制度，今年至少熟练开展两项新项目，如上消化道造影、钡餐透视要熟练开展，腰椎片的质量要提高合格率。

3、注重同临床一线科室的沟通和交流。

（四）门诊部医疗质量 ：

提高门诊医生的责任意识、风险意识和竞争意识，严格遵守首诊首科室负责制，认真地进行门诊登记和门诊手册、门诊处方书写，通过对处方、基础医疗文书书写进行质量检查，完善门诊医疗文书的各种记录，门诊处方书写合格率达95%，门诊人次力争增长15%。

医疗安全工作：

医务科针对医院发生的医疗纠纷制定了《医疗事故防范和处理预案》，继续加强对医务人员的职业道德、业务技术能力培训；特别是《医疗事故处理条例》的学习；举办急诊系列知识培训，加强医务人员的业务技能的培训；举办《医疗事故防范和处理》的专场讲座，结合身边的或本院发生的典型案例进行剖析，教育广大医务人员如何有效地防范医疗纠纷，保护患者和医疗机构及其医务人员合法权益。组织全院医务人员学习《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《护士管理办法》、《医疗事故处理条例》等卫生专业法律法规，在全院上下掀起学法懂法守法的热潮。通过咱们的努力，有效扼制医疗纠纷发生的势头。

人才培养、继续医学教育：

实行继续教育和人才引进相结合的方式，填补我院技术人才的不足现状，不断培养实用型人才，为加强我院技术力量奠定基础。同时制定鼓励、激励学习的措施。

（一）继续教育工作：

1、将继续教育纳入我院的工作计划，注重院内、外人员培训及宣教。

2、鼓励参加各类成人高考及学历转化教育。

3、积极撰写论文，每年每人至少3—4篇工作心得体会或论文。

4、举办学术培训班。

5、开展多种形式的健康教育，各临床科每年4次以上上墙宣传，到社区开展6次以上防治宣传活动。

（二）三基训练和教学工作：

**住院检验报告怎么写范文 第七篇**

姓名： 徐静 性别：男 年龄： 22 婚姻：未婚 民族： 汉 职业：

籍贯： 内蒙 住址：大同市友谊南街 入院日期： 记录日期： 病史叙述者： 可靠程度：优 主诉：寒战、发热、右胸痛三天

现病史：患者四天前因淋浴受凉后全身不适，出现咽痛。次日晨出现畏寒、寒战，月半小时后觉发热、头痛、自测体温39℃，伴有咳嗽和右上胸部疼痛，胸痛以咳嗽和深呼吸时加重。自服去痛片后出汗，体温稍降，但未降至正常。昨日再出现寒战，高热(曾达℃)咳嗽和胸痛加剧，并咳出少许铁锈色痰，经家人劝说来我院急诊。病后食欲下降，尿量稍减，色深黄，大便秘结，睡眠差。

特此证明。

XX单位(加盖公章)

XXXX年XX月XX日

**住院检验报告怎么写范文 第八篇**

为加强病历管理，保证病历资料客观、真实、完整，维护医患双方的合法权益，按照《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》和《医疗机构病历管理规定（版》等法律法规，结合我院实际情景制定我院病历管理制度：

一、病历保存管理

1、患者住院期间，病历由病区负责保管。

2、患者离院后，病历由病案室负责集中统一保管。

3、病案室按档案管理规定妥善保管病历，并做好防盗、防火及防水工作，确保病历安全。

4、各病历保管单位应采取严密保护措施，严防病历丢失。

5、病案室对所有病历进行编号，病历编号是患者在本院就诊病历档案唯一及永久性的编号。

6、门诊病历由病人自我保管，留观观察病历由医院保管，保存不于少。住院病历保存不于少30年，涉及患者个人保密的资料应按照相关法律法规予以保密。

7、严禁任何人涂改、伪造、隐匿及销毁病历。

二、病历书写

医师按照\_《病历书写基本规范》、《中医病历书写基本规范》、《电子病历基本规范（试行）》和医院《病历书写制度》的规定书写病历，各科室须加强病历的内涵质量管理，重点是住院病历的环节质量监控，为提高医疗质量与病人安全管理持续改善供给支持。

1、住院病历应当按照以下顺序排序：体温单、医嘱单、入院记录、病程记录、术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉术前访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录、麻醉记录、手术记录、麻醉术后访视记录、术后病程记录、病重（病危）患者护理记录、出院记录、死亡记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、会诊记录、病危（重）通知书、病理资料、辅助检查报告单、医学影像检查资料。

2、病案应当按照以下顺序装订保存：住院病案首页、入院记录、病程记录、术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉术前访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录、麻醉记录、手术记录、麻醉术后访视记录、术后病程记录、出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、会诊记录、病危（重）通知书、病理资料、辅助检查报告单、医学影像检查资料、体温单、医嘱单、病重（病危）患者护理记录。

三、病历归档管理

1、患者出院后，主管医师应及时整理病历，由科室质控检查后，3日内送交病案室归档保管，如延长归档时间，将按照医院有关规定给予处罚。

2、病案室管理人员回收归档病历时，应与各临床科室认真核对后当面签收。

3、注意检查首页病历的完整性，不得对回收的病历进行任何形式修改，同时要做好疾病编码与手术名称的分类录入，依序整理装订

病历，并按号排列后上架存档。

4、各病区在收到住院患者的各种检验和检查报告单后，应在24小时内归入病历中。

5、对已归档病历而滞留在病区的各种检验和检查报告单，病区应及时交给病案室，由病案室人员负责将检验及检查报告单粘贴和归入该患者的病历中，并做登记记录。

四、病历查阅管理

1、除为患者供给诊疗服务的医务人员，以及经卫生计生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。

2、其他医疗机构及医务人员因科研、教学需要查阅、借阅病历的，应当向医院医务科提出申请，经同意并办理相应手续后方可查阅、借阅。查阅后应当立即归还，借阅病历应当在3个工作日内归还。查阅的病历资料不得带离患者就诊医疗机构。

3、公、检、法、医保及卫生行政单位，需出具采集证据的法定证明及执行公务人员的有效身份证明经医务科核准，能够摘录病史，其它任何单位均不能借阅或复印病历。

4、本院医师因医、教、研工作需要查阅病历者在病案室办理相关手续后，方可借阅相关病历。对死亡及有医疗争议等特定范围内的病历，需经医务科批准后借阅；本院医师不得借阅本人亲属及与本人存在利益关系的患者病历。

5、病区和病案室不准擅自接待无相关证明手续的机构和个人查询患者的病历资料。

6、医院职能部门因管理工作需要查阅病历，不受份数限制。病案室应在及时供给所需病历。如无特殊情景，查阅部门应在三周内归还。

8、本院工作人员因工作调离、外出进修、出国等离院时，必须办妥病历归还手续，有关部门应根据病案室认可印章后，再办理相关离院手续。

五、病历复制管理医院病案室负责受理下列人员和机构的申请，并按规定供给病历复制或者查阅服务，受理申请时，应当要求申请人供给有关证明材料，并对申请材料进行审核。

1、患者本人或者其委托代理人；

2、死亡患者法定继承人或者其代理人。

3、申请人为患者本人的，应当供给其有效身份证明;

4、申请人为患者代理人的，应当供给患者及其代理人的有效身份证明，以及代理人与患者代理关系和授权委托书；

5、申请人为死亡患者法定继承人的，应当供给患者死亡证明、死亡患者法定继承人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料；

6、申请人为死亡患者法定继承人代理人的，应当供给患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料，代理人与法定继承人代理关系的法定证明材料及授权委托书。

7、医院能够为申请人复制门（急）诊病历和住院病历中的体温单、医嘱单、住院志（入院记录）、手术同意书、麻醉同意书、麻醉记录、手术记录、病重（病危）患者护理记录、出院记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病理报告、检验报告等辅助检查报告单、医学影像检查资料等病历资料。

8、公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门，因办理案件、依法实施专业技术鉴定、医疗保险审核或仲裁、商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，经办人员供给以下证明材料后，医疗机构能够根据需要供给患者部分或全部病历:

（1）该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门出具的调取病历的法定证明；

（2）经办人本人有效身份证明；

（3）经办人本人有效工作证明（需与该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门一致）。

（4）保险机构因商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，还应当供给保险合同复印件、患者本人或者其代理人同意的法定证明材料;患者死亡的，应当供给保险合同复印件、死亡患者法定继承人或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

9、按照《病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，申请人要求复制病历时，能够对已完成病历先行复印，在医务人员按照规定完成病

历后，再对新完成部分进行复印。

10、医院受理复制病历资料申请后，由指定医教科通知病案室，并在申请人在场的情景下复制；复制的病历资料经申请人和医教科确认无误后，加盖医院公章证明印记。

11、医院复制病历资料，能够按照规定收取工本费。

六、病历的封存与启封

1、发生医疗纠纷争议需要封存病历时，应当在医教科、患者或者其代理人在场的`情景下，对病历共同进行确认，签封。

2、医院申请封存病历时，应当告知患者或者其代理人共同实施病历封存；但患者或者其代理人拒绝或者放弃实施病历封存的，医院能够在公证机构公证的情景下，对病历进行确认，由公证机构签封病历复制件。

3、医教科负责封存病历的保管。

4、封存后病历的原件能够继续记录和使用。

按照《病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，需要封存病历时，能够对已完成病历先行封存，当医师按照规定完成病历后，再对新完成部分进行封存。

5开启封存病历应当在签封各方在场的情景下实施。

七、病历质量管理

1、按照我院《住院病历质量考核规定》执行。

2、病历质量必须贴合我院《住院病历质量评分表》、《运行病历质量评分表》中有关的质量要求。

3、各科主任对病历质量负全面职责。转科病历由出院科室对病历质量全面负责。

八、法律职责出现下列情景者，当事人承担全部法律职责：

1、违反病案管理制度，泄露患者住院资料，造成侵犯患者保密权者；

2、涂改、伪造、隐匿、销毁病历资料者；

3、抢夺病历者；

4、遗失病历者。

九、本制度按下发文件日期执行。

**住院检验报告怎么写范文 第九篇**

各位领导、各位同事:

大家好!在此辞旧迎新之际，我们回顾过去，展望未来，忙碌辉煌的一年已经过去，新的一年已经到来，在这新的一年中我将在大家一如既往的支持下和大家一起完成我院20XX年的医疗工作、社区工作、宣教工作、人才培养工作和内科的门诊工作。希望大家在新的一年工作中能给我以更大的帮助和支持，把我院20XX年各项工作完成的更好。现把我院今年以上几方面工作计划和思路叙述如下:

总思路:根据卫生局20XX年综合目标考核内容医疗工作、人才培养重点突出十个理念、五个加强、两个提高。

1、十个理念:就是我院20XX年提出的十个文化理念的延伸。

2、五个加强:是加强医疗技术水平提高和医疗质量的管理;加强医疗考核制度的落实和管理工作的细化、量化;加强服务品牌的建设;加强人才培养的力度;加强团队建设的步伐。

3、两个提高:通过以上两个方面的加强达到两个提高的目标就是社会效益的提高和经济效益的提高，这也是十个理念的第十个文化理念。

一、医疗工作、人才培养:

工作重点、医疗质量:

(一)基础医疗质量:

通过修订《医疗质量检查考核标准》，对医疗文书书写制度、请示报告制度、查对制度、会诊制度、病例讨论制度、首诊首科负责制度等医疗核心规章制度。采取平时督促抽查和集中检查相结合的方法，对基础医疗质量和环节医疗质量进行严格把关，多措并举，使我院的医疗质量明显提高。

(二)医疗文书质量:

1、严格按照《山西省病历书写规范》的要求，对住院病历、病程记录及其相关资料的书写提出进一步的规范化要求，认真组织学习，每月进行一至二次质量督导检查，落实奖惩兑现，奖优罚劣，使临床医师的病历书写意识和书写质量大有提高。

2、各科室及时地上缴病历，现病历严格按《山西省病历书写规范》要求及时地书写现病历和病程记录。

3、建立门诊手册，开展门诊输液建立观察病历。加强处方质量检查，每月随机抽查5天处方，合格率要求在90%以上。

4、门诊及住院科室的各项基础登记也能够按要求进行，基本符合质量标准要求。

(三)医技科医疗质量:

1、加强医技人员技术培训及服务质量的改进，注重检测结果的符合率及准确率的监测并纳入考核范围。

2、不断增设新项目以满足临床需要，其中检验科今年新开展甲肝抗体、乙肝抗体及\_螺旋体检测项目，适应临床科室安全的需要。放射科规范阅片制度和堵漏差错和制度，今年至少熟练开展两项新项目，如上消化道造影、钡餐透视要熟练开展，腰椎片的质量要提高合格率。

3、注重同临床一线科室的沟通和交流。

(四)门诊部医疗质量 :

提高门诊医生的责任意识、风险意识和竞争意识，严格遵守首诊首科室负责制，认真地进行门诊登记和门诊手册、门诊处方书写，通过对处方、基础医疗文书书写进行质量检查，完善门诊医疗文书的各种记录，门诊处方书写合格率达95%，门诊人次力争增长15%.

二、医疗安全工作:

医务科针对医院发生的医疗纠纷制定了《医疗事故防范和处理预案》，继续加强对医务人员的职业道德、业务技术能力培训;特别是《医疗事故处理条例》的学习;举办急诊系列知识培训，加强医务人员的业务技能的培训;举办《医疗事故防范和处理》的专场讲座，结合身边的或本院发生的典型案例进行剖析，教育广大医务人员如何有效地防范医疗纠纷，保护患者和医疗机构及其医务人员合法权益。组织全院医务人员学习《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《护士管理办法》、《医疗事故处理条例》等卫生专业法律法规，在全院上下掀起学法懂法守法的热潮。通过我们的努力，有效扼制医疗纠纷发生的势头。

三、人才培养、继续医学教育:

实行继续教育和人才引进相结合的方式，填补我院技术人才的不足现状，不断培养实用型人才，为加强我院技术力量奠定基础。同时制定鼓励、激励学习的措施。

(一)继续教育工作:

1、将继续教育纳入我院的工作计划，注重院内、外人员培训及宣教。

2、鼓励参加各类成人高考及学历转化教育。

3、积极撰写论文，每年每人至少3-4篇工作心得体会或论文。

4、举办学术培训班。

5、开展多种形式的健康教育，各临床科每年4次以上上墙宣传，到社区开展6次以上防治宣传活动。

(二)三基训练和教学工作:

**住院检验报告怎么写范文 第十篇**

光阴似箭，日月如梭。转眼四年过去了，在疾控各级领导的正确领导下，解放思想，锐意进取，求真务实，发扬与时俱进的工作作风，坚持“防病除疫”的预防服务理念，立足本职岗位，踏踏实实做好基层疾病预防控制服务工作。在获得民众广泛好评的同时，也得到各级组织的认可。较好的完成了本职工作任务。

总结主要有以下几项：

一、思想政治表现、品德素质修养及职业道德。

能够认真贯彻党的基本路线方针政策，通过报纸、杂志、书籍积极学习政治理论;遵纪守法，认真学习法律知识;爱岗敬业，具有强烈的责任感和事业心，积极主动地学习专业知识，工作态度端正，认真负责。在疾病预防控制实践过程中，严格遵守医德规范，广泛开展宣传教育，积极推广儿童扩大免疫规划后疫苗接种工作，认真处理每一起疫情，控制传染源，切断传播途径，保护易感人群，确保疫情不扩散，保护人们健康。

二、专业知识、工作能力和工作成绩。

1、专业知识。参加工作后，继续认真学习理论知识，并顺利通过国家执业医师考试，但理论知识还远远不能让我做好本职工作，因此，在学习理论知识的同时，我还认真学习业务相关知识和文件精神，积极参加各级培训，遇到问题虚心向前辈和同事请教。通过向前辈请教、向同事学习、自己摸索实践，在很短的时间内熟悉了相关工作，明确了工作的程序、方向，提高了工作能力，在具体的工作中形成了一个清晰的工作思路，能够顺利的开展工作并熟练圆满地完成本职工作。

三、工作态度和勤奋敬业方面。

本人以千方百计保卫人们健康为己任。我希望所有人都能远离疾苦，不论在工作中还是在生活当中，我都向周围的人宣传健康生活方式，耐心的帮他们了解疾病，从而从源头上减少疾病的发生。热爱自己的本职工作，能够正确认真的对待每一项工作，工作投入，热心为大家服务，认真遵守劳动纪律，保证按时出勤，出勤率高，有效利用工作时间，坚守岗位，需要加班完成工作按时加班加点，保证工作能按时完成。

总结四年的工作，尽管有了一定的进步和成绩，但在一些方面还存在着不足。个别工作做的还不够完善，这有待于在今后的工作中加以改进。在今后的工作中，我将认真学习各项政策规章制度，努力使思想觉悟和工作效率全面进入一个新水平，为桃源县疾控中心的发展做出更大更多的贡献。

**住院检验报告怎么写范文 第十一篇**

尊敬的各位领导，各位同仁：

大家好!

20xx年4月我开始担任内科主任，在过去的一年中，在院领导的关心下，在内科全体医护人员大力支持下，我紧紧围绕医院领导的各项工作布置，认真履行自己的各项工作职责，恪尽职守、任劳任怨，圆满完成了院领导交办的各项工作任务，取得了良好的社会效益和经济效益，现将各项工作总结汇报如下：

20xx年7月内科由老病区搬迁到新病区，开放床位大幅增加，由原来的38张床增加到目前的60张床，解决了我院收治内科病人难的现状，这也是医院发展壮大的标志，为医院创造两个效益奠定了基础，同时，也给内科医护人员提出了更高的要求，需要每位医护人员更加精细、优质的服务好每一位病员。

一年来，内科临床路径按既定目标完成，入组率、完成率基本达标，全科人员认真落实抗菌药物专项整治内容，抗菌药物使用率从最初的百分之九十几下降到目前的71%，DDD强度从最初的110多个DDD下降到目前的69个DDD，为进一步规范使用抗菌药物使用奠定的基础;我严格科室二级质控，坚持每月业务学习和病历质量讨论，对存在的问题及时提出，及时整改，有效防范了医疗风险。

本年度无因医疗质量引起的医疗纠纷和医疗事故发生;平时我加强和各位医生进行交流和沟通，掌握他们的想法和特长，初步确定了每位医生的专业方向，使每位医生的业务水平更专业化，对提高我院内科整体业务水平打下了基础，也为进一步分科作好准备，我院作为一个二级医院内科分科是必须要走的路，(目前已有心血管、内分泌专业进修完毕，今年已派呼吸内科专业进修，下一步准备安排神经内科专业和消化内科专业进修)。

20xx年，我们收治病人XX人次，较20\_年增加XX人次，抢救危重病人22人次，成功20例，成功率91%，床位使用率XX%、全年完成业务收入XX元，较去年增长XX%、

回顾过去一年，我们为取得的成绩而感到欣慰，也为取得成绩付出的艰辛没有白费而感到骄傲。

一年来，面对少数病人及家属的无理纠缠，甚至侮辱，我们的医生委屈过。

因为我坚信，只有安全才能出效益。

总结过去一年，我们不会因为取得一点成绩而沾沾自喜，更不会为遇到困难而畏缩不前。我知道，我们取得的成绩与院领导的正确决策和领导分不开，是在座各位支持的结果。同时我也清醒地认识到，我们也存在着不足和缺陷，和同等级医院相比存在差距。

在新的一年里，我们要围绕医院的中心工作，狠抓医疗质量，让更多的病人满意于我们的服务。

来年工作打算：

1、继续规范做好科室二级质控，提高医疗质量，防范差错事故发生。

2、积极配合好各职能科室，完成医院交办的一切任务。

3、请院领导考虑为内科购买和增加相应设备(如动态血压仪、肺功能仪、心电监护仪等)，提高内科的诊治水平和业务收入的含金量。

最后，祝大家新年快乐!心想事成!谢谢大家!

**住院检验报告怎么写范文 第十二篇**

时间如白驹过隙，20\_年就要画上一个句号，算算时间自己来医院也有一年多的时间了。去年的我带着些许紧张和敬畏踏入自己新的工作岗位，而如今已经转化为信心和热情，以前所未有的激情投入到的工作中，全身心的投入工作来回报我自己选择的这份职业和为之而付出的辛勤努力。下面我把一年来的思想、工作等方面的表现汇报如下：

在政治思想方面，本人有坚定正确的政治方向，拥护中国\_的领导，始终坚持党的路线、方针、政策，始终坚持全心全意为人民服务的主导思想，坚持改革、发展和进步，不断提高自己的政治理论水平，遵守各项法律、法规、规章和诊疗护理技术规范、常规，具有良好的职业道德和敬业精神。本人定期交纳党费，按时参加党员电教活动。积极参加医院组织的各种活动，坚持不懈地加强党性修养。

大量新的医疗知识和医疗技术，从而极大地开阔了视野，很好地扩大了知识面，不断加强业务理论学习，不断汲取新的营养，促进自己业务水平的不断提高；热情接待每一位患者，坚持把工作献给社会，把爱心捧给患者，受到了社会各界的好评；同时，严格要求自己，不骄傲自满，坚持以工作为重，遵守各项纪律，兢兢业业，任劳任怨，树立了自身良好的医德和公众形象。

这一年，本人在思想、工作和学习方面都取得了一定成绩，但深知很多需要提升空间和今后仍需努力的方向，也希望科室领导和同事给我批评指正，我会虚心学习改正，创造更加优异的工作成绩。

本人xx，XX年7月毕业于潍坊医学院临床医学专业，至今工作在诸城市中医医院，在外科任职住院医师，于XX年3月至XX年3月在急诊科工作一年；在近七年的工作过程中，我始终坚持以病人为中心，全心全意为病人服务的思想，待病人胜亲人，在院领导、科主任、多位上级医师的指导下，我努力工作、学习，将书本理论与临床实践相结合，努力钻研外科专业知识体系，在实践过程中我取得了一些成绩，同时也逐渐认识到外科工作的复杂性、多样性，了解了外科手术的一些新进展。

在政治思想方面，我始终坚持党的路线、方针、政策，坚持改革、发展和进步，不断提高自己的政治理论水平。积极参加各项政治活动、维护领导、团结同志，具有良好的职业道德和敬业精神，工作任劳任怨、积极主动，取得了同事们的一致好评与认可。

在外科实践工作中，我深切体会到作为外科医生的应具备的素质和条件，在上级医师的指导下，我逐渐对外科常见病、多发病的诊断、治疗有了较多的认识，作为住院医师对病人从入院—住院—诊断—治疗及手术—出院—复查有了很好的掌握，经过不断的学习和训练，我已能掌握国家规定的住院医师所能承担的丁类手术如：阑尾切除术、一次性疝修补术、胆囊造瘘术、各种体表肿痛的切除术、等等，并在此基础上我能胜任乙丙类手术的第一助手，并努力学习，正在为进级主治医师而努力掌握相关的诊疗技术操作等等，通过不断的学习，我争取早日进级外科主治医师。

外科工作是复杂多样的，在工作中也产生了一些经验教训，如对于一些不常见的病状缺少认识，这些经历教训我视为宝贵的经验，更对自己以后的诊治水平有了清醒的认识，提出了更多的要求，在以后的工作中要更细心全面询问查体，积极学习先进的临床知识，争取早日成为病人心目中满意放心的医师。

综上所述，我认为我在任职期间很好的尽到了住院医师的职责，在以后的工作中我还要不断努力，加强我的自身能力。更好的为人民服务。

**住院检验报告怎么写范文 第十三篇**

（一）凡出院（死亡）72小时后的病案都应回收到病案室，复印病历有关资料必须在病历归档后到病案室办理。

（二）只允许患者本人或其代理人、死亡患者近亲属或其代理人、保险机构、公安和司法机关，持有效证件复印病历的有关资料。

（三）要求复印者需出具有效证件，到病案室按章办理复印有关资料事宜。

（四）复印或者复制病历资料时，应当有病案室工作人员和申请者在场，复印或者复制的病历资料经申请人核对无误后，需加盖病案室证明印章方视为有效。

（五）严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历资料。除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者的病历，外单位因科研、教学需要查阅病历时，需经医务科批准后方可在病案室查阅。

（六）病案只限于本院临床、教学、科研人员借阅，且不得随意带出病案室。如必须借出时，需办理借阅手续，并在2周内归还，过期归还者按违规处罚。

（七）为科研或教学大批量借阅病案时，须事先与病案室约定时间，由病案室按时供给，每次借阅不得超过三十份，并保留在病案室指定的柜内，一个月后归档。

（八）病案室受理复印或者复制病历资料完毕后，能够按照省物价部门规定向申请者收取工本费，并出据发票。

**住院检验报告怎么写范文 第十四篇**

尊敬的领导：

您好!

医院中病人来来去去，但我们却始终在自己的岗位上“飞翔”。在20xx年的时间里，我作为xx科室的护士长，在工作中积极加强自身和团队的管理，通过与领导一起您努力，在今年全面加强了xx科室护士团队的业务能力。不仅在工作中较好的完成了工作，对外也更好的展现了xxxx医院的服务工作能力。

作为一名护士长，在这一年来我几乎从头至尾都在忙碌，在拼搏。为了能给病人们提供更好的治疗与服务，我不自身一直在积极努力的加强能力提升，在管理上更是下足了功夫。如今，我对自己的\'工作情况做如下总结汇报：

一、护士长的工作方面

在自身的工作上，我严格落医院的规定和要求，在工作中对自己保持高要求、高标准，让工作能严格的按照纪律要求去完成，保证日常的工作的质量要求。此外，在对待护士员工管理的时候，我也同样以同样严格的要求管理团队，认真执行医院的各项规定，保证队伍的严谨性。

在管理工作上，我在工作上以身作则，总能优先让自己在工作上做出改进，积极面对工作的更新。让自身能成为手下团队护士们的榜样，引导团队积极的发挥更大的力量!

此外，我也在学习上积极的做好自我强化。通过在工作中认真反思，仔细的检讨自己，并对xx科室的护士队伍进行分析。这些分析和了解让我对自己和团队的情况都有了更深的了解。并且在了解之后，我针对自身的工作不足，已经团队中的弱项进行严格的加强，完善整体的工作能力。

二、思想方面

作为护士长，我一直用最严谨的态度去要求自己，在工作中能良好的保持自己的思想心态，维持高度的工作责任感，以及优良的服务态度。这让我在工作中能保持积极严格，在服务中也能展现出xxxx优良的服务能力。在思想方面，我深刻的明白，护士享有“白衣天使”的称号，就必须让自己从内到外的去匹配这个称号。而做为护士长，我更应该去严格自己，让自己能成为表率，成为大家的模范。

三、教育方面

除了对科室的老护士们进行管理提升，我在今年来的实习生们也同样做了严格的教导，让学生们了解了工作的严格和要求。希望在今后能出现更多优秀的护士人才。

如今，20xx已经结束，我会在下一年的工作中更加努力，为自己负责，为护士的荣耀负责，更为我们的病人负责!

敬礼!

述职人：xxxx

20xx年xx月xx日

**住院检验报告怎么写范文 第十五篇**

张成富：实行“医疗检查报告通用”制度好

20\_年上半年，我患了痔疮，大便滴血，到市人民医院肛肠科住院治疗。入院后，先后进行了血常规、血生化、乙肝二对半、大小便常规、心电图、B超(两次)、胸透、肠纤维镜检查等，总共花了检查费1038元，耗时1周。检查结果是心脏无异常，肝功能没问题，肺部无异常，肾脏功能良好，只是混合痔严重，加上有5厘米的直肠溃疡。经肛肠科医生研究，要转外科进行手术切除。当时我问医生，动手术后能否保肛，医生说：“不一定，要看情况。”当时在场的亲戚朋友告诉我，市中医院有个陈教授动这样的手术已有几百例，不但能保肛，而且手术效果很好，希望我能转到市中医院去治疗。我相信了朋友的话，办了出院手续。第二天我到市中医院，找到了陈教授，我把市人民医院的医检报告递给他，以为第二天就可进行手术，哪知陈教授说：“我们要重新检查一次，因为我们要对患者负责，其他医院的检查我们不放心。”我的天呀!这又得耽误一星期。无奈，只得又重新检查大小便、心电图、胸透、B超、血常规、血生化、肠镜等，足足查了6天，又花了检查费1258元，检查报告同前个医院的完全一样。

我想，假如同级医院之间，在短期内的医疗检查报告能够实行通用制度多好啊!那既可减轻患者的经济负担，又可减少患者检查的痛苦，提前进行治疗，也可提高治疗效果。但目前，几乎全国各地的医院都一样，只相信自己的医疗检查报告，更有甚者，不按病情需要，凡就医者一律进行全面检查，理由是检查全了才能确诊，才青色对症下药。如此怎能不增加患者负担，难怪群众叫喊“看病难”。20\_年8月10日，《武汉日报》报道了“为了降低市民的医疗费用，武汉市将在11家市属医院试行‘医疗检查报告通用’制度，市属医院与省部属医院实行‘医疗检查报告通用’将在第二步实行”。这个办法多好啊!为什么其他地区医院不可以实行这样的制度?各级政府及卫生行政主管部门能不能将此列为医疗卫生改革的一项内容。当然，在实行这项制度改革中，要具体规定医疗检查有效的间隔时间，明确医疗检查通用后的责任，根据病情需要进行再次检查等。这样，群众看病难、看病贵的问题将会得到一定程度的解决。

何光仁：减少重复检查，医疗体制改革是关键

患者在甲医院就诊，不日转乙医院看病后， 医生往往会让患者重复检查(如血常规、X线摄片、B超、CT等)。这是我们临床医生司空见惯的事。特别是近20年来，不仅城乡基层医院是这样，就是县市以上二、三级医院也是屡见不鲜。笔者从事中医临床工作近50年，对此确有深刻体会和感悟。

20世纪80年代末，我们每月拿固定工资、奖金，资金来源都是政府财政拨款，那时，科室与科室之间及同事之间的工作配合都比较默契，医患关系比较融洽，医疗质量和服务态度干群也较满意，医疗纠纷亦甚少。随着医疗改革政策进一步深入发展，中央和地方财政拨款逐年减少，大小医院都相继进行了医院体制和管理制度改革。有的把医院推向市场拍卖、转让，有的搞股份制改革，有的内部搞科室承包，甚至引进社会游医承包科室。并对在岗临床医生每月规定完成工作指标，完成则足额发工资，超额者发奖金。这种竞争是非常残酷的，科室之间，同事之间矛盾不断发生，不按专科乱争夺病员，不该做的检查也乱开检查单，使患者的医疗支出不断增加，从而导致了医患关系的不断恶化。此时，患者若转院治疗，医院、医生又怎能放过这增加收入的“好机会”?重复检查成为必然。

依我之见，医疗改革必须动“大手术”。首先，中央和地方财政应重整旗鼓，根据国家和地方财力逐步加大医疗投资力度，从基本建设医疗器械的添置到人员工资，从而减少医院创收、增收的压力，这是改革的关键。第二搞好城市居民医保和农村合作医疗，使城乡居民进一步得到医疗保障。第三，各级医疗卫生主管部门，要加大力度，提高医务人员和医技人员的业务水平，并加强思想政治教育，从而提高医疗服务质量，端正服务态度，正确处理个人、集体和国家三者的关系，树立全心全意为人民服务的思想。

王亮：重复检查有一定的必要性

笔者认为，医生让病人重复检查有一定的必要性。第一，重复检查避免了医院间检查的误差。在医院工作过，特别在医院检验科工作过的人都知道，检测结果往往和检测者、检测的仪器、检测的方法、检测的试剂都有着很大的关系，同样一份标本，即使同一个人在不同时间检测，检测结果有时也会不一样的，更别说在不同医院不同的人用不同的方法、试剂进行检测了。正规的医院往往会根据自己医院的仪器和使用的试剂来制定自己各项指标．的检测标准，医生也习惯了本医院的检测标准，并根据本院的检测结果对疾病进行诊断、治疗和判断预后。但在不同的医院，同一份标本的检测结果往往不完全相同，甚至可能相差较大，对医生的诊断、治疗可能造成误导。当患者带着甲医院的检测报告来到乙医院就诊时，乙医院的大夫对此报告的可靠性就会打问号，他不知道患者的标本如果在本医院检测会是什么结果，心里没底。为了对患者负责，医生一般会劝患者重新检查。第二，重复检查可以反映疾病发展趋向。大家知道，疾病的发生、发展不是静止不动的，在甲医院检测的结果只是代表了患者在某个时间点上的身体状况，到了乙医院，为了对患者负责，医生有必要了解患者此时的身体状况，这就需要重新检查。那是不是在甲医院的检查结果就作废了呢?其实不然，精明的医生当然不会忽视这么重要的医疗资料，他们往往会根据两个医院检查结果的差异，来判断患者的身体现状和疾病的发展趋势。您看，重复检查在医疗上是不是也很重要呀?

当然，对于第一类原因的重复检查，如果我们能够实现操作标化(用规范的操作步骤、相同的方法、同一种试剂等)，将医院间的检查误差控制在不影响疾病的诊断、治疗上，那么就可以减少一些不必要的重复检查了！

孙永：重复检查有利有弊，利大于弊

患者转院之后，在很多情况下要进行再次的检查化验，甚至是在甲医院已做过的检查从头到尾都重来一次。很显然，重复检查不但让病人增加了医疗费用，平添了痛苦，有的还造成医患关系的紧张、冲突和误解。本人认为，对于上述情况要具体问题具体分析，区别对待。

像一些大的检查项目，如乙肝二对半、甲肝抗体、X线摄片、CT、超声波检查、磁共振等检查项目，其技术难度并不高，只要是在正规医院做的，拍摄部位正确，一般都能保证检查质量，合乎诊断要求，一般无须

重复检查。然而，这些检查项目的收费比较高，有些医院全靠这些检查来赚钱，因此，有些医院明知外院的检查结果没有问题，还是要求病人在本医院再检查一次。这种让病人花冤枉钱的“潜规则”不仅不合理，而且侵害了广大患者的利益，急需取消。有关职能部门已经认识到这一点，把减轻患者的负担落实到实际工作中，出台了一些相关规定。日前，某市卫生局宣布，市内70家区、县以上的公立医院将开展互相认可辅助检查项目的试点工作，互相认可的检查项目包括乙肝二对半、CT、超声波检查等，今后这一举措还将在全市范围内逐步推广。

疾病有急性病和慢性病之分，慢性病在几天的时间内病情一般不会发生很大变化，转院后的一些检查项目的结果一般也不会有变化，没有必要再进行重复的检查。但若是急性病，或是老人小孩患病、严重外伤等，由于病情发展变化快，甚至在转院的路途中就发生了变化，例如严重的脑外伤，在转院后很容易发生病情转化，此时就很有必要进行相应的检查。

另外，从医院的医疗诊断一治疗系统来看，一位医生在一家医院工作了很长时间，他的临床经验是建立在这家医院成熟、稳定的检测诊断的基础之上的，医院与医院之间可能会存在系统误差。因此，对于这些检查项目，进行重新检查，还是有必要的。

从法律角度看，由于现在的医患关系复杂，相关的法律尚不健全，出于对患者、医院、医生的法律权利的维护，明确医患在转院过程中的责任，在转入新的医院后进行一些项目的重新检查，是有必要的，与完善的病历资料一样，也是一种取证资料，可以用于说明患者来院时的病情，以减少医疗纠纷的发生。

总之，转院后的一些重复检查是有利有弊，利大于弊，要相信医生。

方舟：“检查互认”需法律护航

目前，有不少市县为了减轻患者的经济负担，减少患者转院就诊时不必要的重复检查，在本地的公立医院之间推行“检查互认”的试点工作。不可否认，实行“检查互认”对于破除医院长期存在的“只认可本医院检查”的潜规则，降低患者就医成本具有积极的意义，但“检查互认”涉及到的复杂的法律问题亟待解决。

我们知道，肝功能、CT、超声波检查等医学检查，是医生据以确定患者所患疾病并在此基础上采取治疗措施的重要根据，如果检查结果错误极有可能导致误诊、误治。然而，任何检查都不可能是百分之百正确，现实中因检查错误而发生误诊的医疗事故并不少见。首先，“检查互认”制度实行后，一家医院认可了另一家医院的错误检查结果，导致误诊及医疗事故该怎么办?是由做检查的医院承担，还是由认可检查而误诊的医院承担?或是两家共同承担?或由患者自己承担?这里涉及复杂的法律问题，如不明确规定，“检查互认”制度将会引起众多的医患纠纷。其次，“检查互认”有可能导致认可检查医院对检查结果审查不严，最终损害患者的利益。

希望国家有关部门能够早日出台“医疗检查互认”的相关法规，对具有“互认资格”的医院和“互认内容”做出明确规定，并对“检查互认”的病案发生医疗事故时的责任分担做出明确规定，将“检查互认”规范化、制度化，才能在全国范围内逐步推广，才能有力地冲击一些使医院获利的“潜规则”，才能让更多的群众获益。因此，基于上述理由，医院“检查互认”在未解决法律责任问题之前，还是暂缓推行为好。

**住院检验报告怎么写范文 第十六篇**

（一）凡出院（死亡）72小时后的病案都应回收到病案室，复印病历有关资料必须在病历归档后到病案室办理。特殊情景由医务科及时办理。

（二）患者的住院病历应由所在病区负责集中、统一保管。病区应当在收到住院患者的化验单（检验报告）、医学影像检查资料等检查结果后24小时内归入住院病历；病历已回病案室的结果检查单，要到病案室补贴。

（三）住院病历因医疗活动需要带离病区时，应当由病区指定专门人员负责携带和保管；病人转科时，病历不得交病人或家属转送；病人转院时，病历不得借出。

（四）病区医务人员应当严格病历管理，严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历资料。除涉及对患者实施医疗活动的\'医务人员及医疗服务质量监控人员外，病人或家属不得擅自查阅病历，采用非法手段（如偷窃、抢夺）获取的病历资料视为无效。

（五）因医疗、科研、教学需要查阅病历的，必须是医院医护人员持签名的借阅单，到病案室登记查阅，阅后立即归还，不得随意带出病案室。如必须借出时，需办理借阅手续，并在2周内归还，过期归还者按违规处罚。

（六）严禁我院医务人员违反规章制度帮忙患者复印或者复制病历的有关资料，一经发现将严肃处理，其造成的不良后果自负。

（七）病历封存的处理程序：

封存病历原件者-医患双方在场-双方签字封存（病案室留复印件）。

**住院检验报告怎么写范文 第十七篇**

地球妈妈最近感到身体有点不舒服，于是，她拿上了宇宙中央医院的病历，去到宇宙中央医院检查身体。

地球妈妈首先来到综合科检查，综合科主科医生水星大夫一看到地球妈妈，就热情地说：“地球大姐，怎么有时间过来检查身体。那么，最近过得怎么样，有没有不舒服呢？”“唉，最近我的身体是越来越不好了。。。。。。”话还没讲完，水星大夫就连忙接话：“啊！那还不赶快进去，赶快让我检查一下，要是身体闹出毛病来，那可是个\_烦呀！”她一边用心疼的语气责备地球妈妈，一边把地球妈妈推进检查室。等地球妈妈检查完了，水星大夫满面忧愁地拿着检查报告，忧心忡忡地来到地球妈妈的身边。水星大夫说：“地球大姐，您的身体状况不乐观呀！我建议你去血液科，内科和皮肤科分别去检查一下，健康最重要呀！”地球妈妈沉重地接过检查报告和病历，准备去血液科找木星医生检查身体。

地球妈妈一见到木星医生，就激动说道：“我的身体真不舒服啊！木星老弟你赶快帮我检查一下吧！”木星医生冷静地说：“不要激动，你坐下，让我检查一下。”好不容易检查完了，地球妈妈不再激动了，而是失落地看着手中的报告，落下了晶莹的泪珠。报告上写着：

病人：地球

检查科目：血液科

检查结果：血液中含有塑料袋、塑料瓶等垃圾未及时清理。血管里有大量污水、污血。大部分血管已经干枯、爆裂，少部分血管已经中毒。

检查治疗方法：安排病人住院，并对病人进行血液清理等手术。出院以后，病人家属要细心呵护，并于以后定时来复诊。

开单医生：木星

地球妈妈迈着沉重的脚步，慢慢地走向内科和皮肤科。所有的项目都检查完了，地球妈妈把所有的检查报告和病历都交给了柜台前的太阳院长，太阳院长看了地球妈妈的检查报告，满面忧愁地摇了摇头，便开始写病历。地球妈妈看了看病历，再一次流下了眼泪。病历上写着：

病人：地球

检查科目：血液科、内科、皮肤科

检查结果：血液中含有塑料袋、塑料瓶等垃圾未及时清理。血管里有大量污水、污血。大部分血管已经干枯、爆裂，少部分血管已经中毒。大部分内脏已经中毒，腐烂。皮肤大面积沙化，烧伤。

检查治疗方法：安排病人住院，并对病人进行血液清理等手术。出院以后，病人家属要细心呵护，并于以后定时来复诊。

检查医生：太阳

地球妈妈痛苦地说：“我的孩子们，请不要再伤害你们的母亲了。我很痛苦，请好好爱护我。”

四年级:甜蜜的水果糖

**住院检验报告怎么写范文 第十八篇**

一、日常管理

（一）负责集中管理全院病案。

（二）凡出院病案，应于病人出院24小时内（死亡病历一周内）全部回收病案室。

（三）负责出院病人病案的整理、查核、登记、索引编目、装订以及保管工作，在与病房交接病历时，逐一登记住院号、姓名、出院日期、上交日期，并在每次交接登记处由交接双方签字。

（四）计算机组与病案管-理-员进行病案交接手续，认真进行病案录入及核对工作，按月造表及打印台帐。

二、病案保管与供应

1、负责临床、教学和科研以及个别调阅病案的供应和回收工作。

2、负责办理院际病案摘录和经过医务科同意的外调接待工作。

3、配合统计人员做好有关统计资料的整理、分析。

4、把好病案书写质量的初查关，促进病案书写质量的不断提高。

5、切实做好病案储藏室的安全和对病案资料的适当保密工作。

6、住院病案一律由病案室长期统一保管，负责各种资料收集、整理、分类、统计、登记、顺号上架，不得丢失和破损，要坚持清洁，妥善保管。并准确及时的供应医疗、教学、科研所需要的资料，以及接待外来查访和持有批准手续的借阅、抄录病历等。

7、医疗统计工作的原始资料应以病案为主，仅有病案资料所反映的情景才是最真实、最确切的，所以在医院中统计工作与病案管理

工作应密切配合。

8、病案室工作人员必须严格保守病案中一切秘密，不得随意泄露。

9、病案室工作人员应认真检查病历质量和资料是否系统、完整，从中提出存在问题，不断提出改善办法。

10、患者门诊须要参阅住院病案时，由门诊医师到病案室查阅。

11、提高科研分析用的病案，应在病案室内阅毕归档，必须借出时，须经医务科批准，办理借阅手续，方可借出，两周内归还。逾期不能归还者，应到病案室续期，但不得超过一个月。

12、院外和本院非医务人员，不得查阅病案，进修医生查阅病案，须经科主任批准，但不得借出病案室。

13、本院医生不允许查阅与本专业无关的病历。特殊原因需要，须经医政处或医患办签字。

14、复印时，病案室工作人员根据复印证件带患者或家属到指定地点，按规定复印相关资料，其他任何机构和个人不得擅自查阅和复印病历。

15、任何科室及个人在病案室内讨论、查阅病案必须办理手续。

16、病人及其陪护人员不得翻阅病案。病案在院内各部门间的流动，应由有关工作人员传递，不要让病人或其陪护人员携带。

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！