# 口腔科病历书写要求及范文

来源：网络 作者：风华正茂 更新时间：2024-07-30

*第一篇：口腔科病历书写要求及范文口腔科病历书写要求及范文一、病史病案记录一般要求，已详见一般病历及普通外科病历，但须注意以下各项：1.儿童时期的营养状及有关不良习惯。2.口腔卫生情况、疾病史、手术史及治疗经过。3.家族史 询问患者直系亲属...*

**第一篇：口腔科病历书写要求及范文**

口腔科病历书写要求及范文

一、病史

病案记录一般要求，已详见一般病历及普通外科病历，但须注意以下各项：

1.儿童时期的营养状及有关不良习惯。

2.口腔卫生情况、疾病史、手术史及治疗经过。

3.家族史 询问患者直系亲属中是否有人患过癌、糖尿病、结核病，先天性畸形等疾病。

二、体格检查

应详述专科检查，即口腔及颌面部情况，应分述：

1.牙齿

(1)牙齿部位的记录符号 以十字形线条将上下左右四区的牙齿，依照牙位排列顺序，自前至后，用数字代表，分别记载于各区内。恒牙用阿拉伯数字代表，乳牙用罗马数字代表。见下表。

(2)形态、数目、色泽及位置 注意牙齿形态、大小，有无畸形，有无缺牙及多生牙;色泽是否正常;有无拥挤、稀疏、错位、倾斜、阻生等情况。

(3)松动度 正常生理性松动度不计度数，大于生理性松动度而不超过1mm者为Ⅰ°，松坳度相当于1～2mm者为Ⅱ°，松动度大于2mm者为Ⅲ°，异常松动至上下浮动者为Ⅳ°。

(4)牙体缺损及病变 记录病变名称、牙位、范围及程度等，必要时进行温度、电活力或局部麻醉试验，以查明病变部位及性质。

(5)修复情况 有无充填物、人造冠、固定桥及托牙等，注意其密合度，有无继发性病变。

(6)咬合关系 记录正常、反、锁(跨)、超、深复、对刃、开及低间隙等。

(7)缺牙情况 缺牙数目位置，拔牙创口愈合情况。

2.牙龈

(1)形态、色泽及坚韧度 注意有无炎症、溃烂、肿胀、坏死、增生、萎缩、瘘管，色泽是否正常，是否易出血。

(2)盲袋情况 盲袋分为龈袋及牙周袋(骨上袋、骨下袋)两种，记录其部位及范围，并测量其深度，以mm计算，盲袋内有无分泌物。

(3)牙石 分为龈上及龈下两类，注意其部位及程度，龈上牙石可分为少量(+)，中等量(++)，大量(+++)(牙石多或面亦附有者)。

3.唇及粘膜 注意有无色泽、形态异常，有无疱疹、皲裂、脱屑、角化、充血、出血、溃疡、糜烂、结痂、硬结、畸形等，记录其部位、大小及范围。

4.舌 注意舌体大小、颜色，有无硬结、溃疡、肿块、印迹，是否松软、肿胀，有无舌苔及其颜色、厚薄，舌背有无裂纹、角化，乳头有无异常，舌的运动及感觉功能有无障碍，舌系带是否过短。

5.腭 注意有无瘘管、充血、角化、糜烂、溃疡、肿块、畸形等，软腭运动有无障碍。

6.涎腺及其导管 有否肿胀、压痛、阻塞、充血、溢脓、外瘘等。

7.淋巴结 注意耳前、耳后、颊、颏下、颌下及颈部各组淋巴结的数目、大小、硬度、活动度、压痛等。

8.面部 观察表情、外形是否对称，有无畸形、缺损、肿胀、瘢痕、瘘管、颜色改变，查明痛区及麻木区(可拍照片或绘简图说明)。

9.颌骨 分别检查上、下颌骨的外形，两侧是否对称，有无畸形、肿大、压痛、缺损及不连接等，注意咬合及开口情况。

10.颞下颌关节 注意形态及运动情况，有无压痛、弹响，并以两侧作对比。张口受限时，其程度以张口时上下切牙切缘相距的厘米数表明。

姓名:\*\*

性别:\*\*

年龄:\*\*

主诉:右上后牙冷刺激痛夜间痛3日

现病史:右上后牙近三日来遇冷水剧烈疼痛,夜间痛加剧,故来我院就诊.既往史:无

检查:右上第一磨牙远中龋坏深还牙本质层, 探诊(++),叩诊(-)，冷热诊(+++)，牙周正常无牙石,牙龈颜色正常,牙齿松动,其余牙正常,口腔卫生良好,X光可见右上第一磨牙远中龋坏接近髓腔.诊断:急性牙髓炎

治疗计划:开髓引流,行牙髓治疗

处理:局麻下开髓,除冠髓,双氧水冲洗,生理盐水冲洗,CP氧化锌丁香油暂封.医嘱:一周复诊

医生签名:

\*\*\*\*年\*\*月\*\*日

慢性牙周炎主诉：下前牙处常有脓液溢出一月余。

现病史：患者近一年来时常牙龈刷牙时出血，有口臭。近一月来下前牙处有脓溢出要求诊治。

既往史：询问患者否认重大疾患史(无高血压心脏病史)否认血液疾病史。

检查：右下1 2左下1 2排列不齐，牙石2度 ,牙龈红肿,轻探出血,牙周袋深约4-5mm,内有脓液,探之根面粗糙有牙石。松动1度。X线检查水平吸收达根长1/3左右。

诊断：右下1 2左下1 2成人牙周炎(慢性牙周炎)

鉴别诊断：牙龈炎 牙龈炎有牙龈炎症，无牙周袋形成，无牙槽骨吸收，无牙齿松动等典型牙周炎临床表现。

治疗计划：

1.进行彻底的洁治，刮治局部刺激物，双氧水冲洗，上碘甘油。

2.进行口腔卫生宣教，让患者正确掌握刷牙的方法。

3.一个月后在酌情进行下前牙翻瓣术，以消除牙周袋。

4.术后定期复查，维护疗效。

急性化脓性根尖周炎

主诉：患者因左下牙肿痛三天就诊。

现病史：患者左下牙有龋洞数年，无不适感，三天前嚼觉食物后疼痛，开始嚼觉轻疼痛，今疼痛渐加重伴肿来诊。

既往史：询问否认重大疾患史。

检查：左下6龋深及髓，无探痛;松动3度;叩痛+++，根尖部红肿，扪痛，有波动感;左侧面颊部水肿;体温38度。余牙检查无特殊情况。

诊断：左下6急性化脓性根尖周炎(骨膜下脓肿)

鉴别诊断：急性牙髓炎其疼痛特征为自发性，自发性剧痛，不能定位，叩 —，温度刺激引起长时间剧痛。

治疗计划：

1.开髓引流，局麻下切开排脓，缓解症状。

2.症状消退后行根管治疗术，然后永久充填。

3.必要时作保护冠修复

边缘性牙龈炎

主诉：患者因下前牙出血一周要求诊治。

现病史：患者近一段时间来刷牙及咀嚼食物容易出血，至今有一周左右，现要求诊治。，既往史：患者否认重大疾病史(无高血压，心脏病，肝炎，血液疾病史)

检查：下切牙颈部牙石1度沉积，牙龈充血发红，质地松软，边缘厚钝，龈乳头圆钝，肥大面光亮，龈沟深度3mm，轻探出血，无附着丧失。

诊断：下切牙边缘性龈炎。

鉴别诊断：1，早期牙周炎，有牙周袋，牙槽骨吸收;2，血液病，应与全身性疾病鉴别如白血病，血小板减少性紫癜等;3，坏死性龈炎，虽以牙龈出血为主要症状，但其牙龈边缘坏死如虫蚀状，坏死区出现灰褐色假膜，伴有疼痛和特殊的腐败臭味;4，爱滋病相关的龈炎。

治疗计划：1，去除病因，洁治术;2，药物治疗，双氧水冲洗，上碘甘油;3，维护治疗，掌握正确刷牙的方法，定期洁治，保持口腔卫生。

深龋

主诉：患者右下牙进食物常有嵌塞痛一周。

现病史：患者发现龋洞有数月，近一周来进食物常有嵌塞痛有一周要求诊治。

既往史：患者否认有牙痛史和其他不良疾患。

检查：右下6牙合面较大龋洞，有大量腐质，边缘不规则，颜色黑褐色，质地松软，探诊有轻度酸痛，达牙本质深层，叩诊(—)，冷热诊反映同对照牙。但如刺激进入龋洞时有明显酸痛感刺激去除后疼痛立即消失。

鉴别诊断：1.可复性牙髓炎 主要依据牙髓活力测试反映,可复性牙髓炎遇到温度刺激会出现短暂的一过性疼痛，刺激去除疼痛持续片刻即消失。而深龋只要刺激不进入龋洞就不会出现激发痛。

2.慢性闭锁性牙髓炎 自发性隐痛，急性发作，晚期有叩诊不适，机械去腐反应迟钝，牙髓活力测试迟钝。而深龋无叩诊不适，无自发痛，牙髓活力正常。去净腐质时极其敏感。

治疗计划：常规去龋，备洞，消毒，干燥，垫底(常规三层垫底)，永久充填。

慢性根尖囊肿

主诉：患者右上牙食物嵌塞数年余要求诊治。

现病史：右上牙发现龋洞数年，曾有疼痛过，经常有食物嵌塞，现要求诊治。

既往史：患者有牙疼痛史，无其他重大疾患史。

检查：右上4牙合面龋坏，探诊(—)，冷热诊(—)，叩(—)，牙龈处有一瘘道，牙齿无松动，X线：根尖大面积阴影，圆形，周边有一层骨白线包饶，根尖位于阴影之中。

诊断：右上4根尖囊肿

鉴别诊断：与慢性根尖肉芽肿相鉴别 1。无牙龈瘘管

2.X示：根尖周透引区为圆形，边界清楚。

与慢性根尖脓肿相鉴别 1。牙体有疾患，牙髓坏死，有瘘管。

2.X示根尖病变不规则，边界不清。

治疗计划：常规开髓，拔 髓、无痛、根管治疗、充填。三个月后，瘘道未消失，阴影未缩小，行囊肿除切除术及根尖切除术。三个月复诊。

上牙列缺损

主诉：左上有一牙已拔除半年余要求修复。

现病史：左上有一牙龋坏数年已剩残根，半年前已拔除，现已影响吃饭要求修复。

既往史： 曾今有牙痛史，其他否认重大疾患史。

检查：左上6 缺失，左上5 7良好稳固、无龋咬牙合关系正常。

诊断：左上牙列 缺损

治疗计划：建议固定桥修复(金属烤瓷桥)

有瘘型慢性根尖周炎

主诉：患者右上后牙反复肿痛，牙龈起脓包6 个月要求诊治。

现病史：一年前右上后牙曾有冷热痛史，曾在外院治疗过，一月前进食时将治疗过的牙咬断。

既往史：有牙疼痛史，否认重大疾患史。

检查：右上5 残根，根管外露，探不通，叩(—)。右上4 颈部锲状缺损并发深龋，探已穿髓，无反应，冷热测无反映，叩(+)，松动1度。X两根尖周均有透射影像，直径0.5 \*0.5cm。自牙龈瘘管口插入牙胶尖，再拍X片，显示诊断丝指向右上4根处边界不清且不规则的透影区。

诊断：右上4慢性根尖脓肿(有瘘型)

鉴别诊断：

1，与右上5慢性根尖周炎鉴别：

诊断丝片显示：瘘管并非来自右上5

2，与慢性根尖肉芽肿鉴别：

(1)，牙龈无瘘管。(2)，X线片显示：根尖周透影区为圆形，边界较清楚。

3，与根尖囊肿鉴别：

(1)X线片显示：根尖周圆形透影区周围被一圆滑清晰的骨白线包绕;

(2)开髓后可有黄色清亮液体溢出，涂片镜检可见胆固醇结晶。

治疗设计;

(1)右上4根管治疗，充填颊颈部缺损，观察根尖病变的修复情况后考虑修复;

(2)右上5拔除后义齿修复。

牙震荡

主诉：上前牙因撞击疼痛1小时。

现病史：一小时前患者因打蓝球时不甚撞击至上前牙，感觉患牙有伸长感，咬合痛来院就诊。

既往史：否认有牙痛史和其他疾患史。

检查：右上1 牙冠完整，轻度松动，龈缘少量出血，叩(+)。冷热诊反应迟钝，X：未见根折情况，牙周膜间隙轻度增宽。

诊断：右上1 牙震荡

治疗计划：患牙调牙合，松牙固定，该牙修息，定期复查做牙髓活力测试，如牙变色及时做根管治疗。

上颌牙列缺失

主诉：上颌牙因松动已全部拔除三月余要求修复。

现病史：患者牙齿松动已数年，三个月前已逐步拔除，现要求修复。

既往史：有牙痛史，牙周病史，其他无重大疾患史。

检查：下颌牙个别牙已缺失，其余轻度松动，牙根暴露。上颌牙已缺失，牙槽骨、牙槽脊愈合良好。

诊断：上颌牙列缺失

治疗计划：上颌半口活动修复。

急性牙髓炎

主诉：左下牙后牙自发痛3 天，昨晚起阵发性加剧，现因剧痛就诊。

现病史：患者因一周前咀嚼食物嵌塞痛，后逐渐冷热激发性疼痛，时痛时停，近三天来 自发性阵发性疼痛，夜间特别痛，有时放射至颞部，现因剧痛难忍就诊。

既往史：否认以往有牙痛史和其他疾患史。

检查：左下6 邻面深龋近髓，洞底有大量软化牙本质，探痛明显，叩(—)，冷热诊疼痛剧烈，且持续较长时间。

诊断：左下6 急性牙髓炎

鉴别诊断：龈乳头炎 疼痛为持续性胀痛，对温度测试仅为敏感，不发生激发疼痛，对疼痛能定位，患处龈乳头红肿，触痛。

三 叉神经痛 它有板击点，很少有夜间发作。

急性上颌窦炎 疼痛为持续性胀痛，患侧的上颌前磨牙和磨牙可同时受累均有疼痛，但无牙体疾患;上颌窦有压痛，同时 有头痛，鼻塞，脓涕等上呼吸道症状。

治疗计划：应急治疗 开髓引流 缓解患牙急性症状。好转后作根管治疗。充填后做保护冠修复。

智齿冠周炎

主诉：左下磨牙后区胀痛，咀嚼、吞咽时疼痛加重来诊。

现病史：患者一周前感觉左下磨牙区不适，近两天来感觉胀痛明显，咀嚼、吞咽时疼痛加重，有张口不适来院就诊。

既往史：有牙疼痛史，否认重大疾患史。

检查：左侧面部稍肿，颌下淋巴结有压痛，张口轻度受限，左下8 牙周牙龈红肿，探诊易出血，可探到阻生的左下 8，有脓液溢出。X检查：左下8近中低位阻生，融合根，左下7 远中邻面未见龋坏。

诊断：左下8 冠周炎

鉴别诊断：1.颌智齿冠周炎合并面颊瘘或下颌第一磨牙颊侧瘘时，可被误认为第一磨牙的炎症。

2.与下第二磨牙远中颈部龋引起的牙髓炎或牙槽脓肿相鉴别。

3.应与第三磨牙区牙龈的恶性肿瘤相鉴别。

治疗计划：局部治疗 3%双氧水冲洗，上碘甘油。如形成脓肿及时切开引流。

全身治疗 抗生素应用及全身支持疗法。

待炎症消退后切除盲袋或拔除阻生齿.

**第二篇：口腔科病历的规范书写**

口腔科病历的规范书写.txt﹃根网线\'\'尽赚了多少人的青春い有时候感动的就是身边微不足道的小事。﹎破碎不是最残酷的 最残酷的是踩着这些碎片却假装不疼痛 固执的寻找﹎将来就算我遇见再怎么完美的人,都有一个缺点,他不是你,\_\_\_\_\_下辈子要做男生，娶一个像我这样的女生。口腔科病历的规范书写.txt世上有三种人：一是良心被狗吃了的人，二是良心没被狗吃的人，三是良心连狗都不吃的人。︶﹋丶爱情是个梦，而我却睡过了头﹌口腔科病历的规范书写

第一节 口腔科病历书写的重点要求

1． 一般资料及病史

（一）常规资料

包括姓名、性别、年龄、民族、职业、出生地等。这些项目对每一个患者都是不可缺少的，它们于疾病的诊断、治疗均有密切关系。

1、年龄：青少年性牙周炎好发于年轻人，而口腔癌多见于老年人。

2、性别：白斑多见于男性，而播散性红斑狼疮主要是女性患者。

3、民族：由于长期生活环境不同，患者体质及对疾病的感受性也不同，例如藏族的患龋率较汉族低。又如牙骨质瘤常见于黑种人。

4、职业和劳动条件：有些疾病与职业有关，例如汞中毒、铅中毒、牙齿酸蚀症等。

5、出生地、成长地或久居地：某些地区由于饮水及食物种类关系，可以影响牙疾病的发生。例如饮水中含氟量过高会引起斑釉症；因食物中缺乏维生素C等营养成分，而使牙龈炎或牙周炎特别严重。

（二）主诉

用患者的语言，简明扼要地记录。例如：“一周来左上后牙遇冷热痛”，“左舌缘溃烂已3个月”。

（三）现病史

包括与主诉有关的自觉症状与检查结果。例如：“左舌缘溃烂已3个月，溃疡逐渐扩大，有自发痛。检查时溃疡大小为1.5cmx1cm，边缘不整，有到悬，低面不平，有无数小结节，表面被覆污秽黄色假膜，基底不硬”等等。在本栏内不要记录所有的口腔情况，因为这样不仅浪费时间，而且还容易遗漏。

（四）既往史

既往史包括的内容见前述章节，在本栏内应将有关的重要部分记录下来。例如：“一年前患过浸润性肺结核”，“注射链霉素时发生过敏性休克”等。

（五）家族史

家族中若有类似患者的疾病，应记录在本栏。

一、一般体格检查

1、皮肤：皮肤表面有无皮疹和皮下脂肪。

2、淋巴结：重点检查头颈部淋巴结，因口腔颌面部恶性肿瘤如发生头颈部淋巴结转移，对治疗方法的选择和预后的估计都非常重要。当颌颈部淋巴结肿大，凝为淋巴系统恶性肿瘤或嗜酸性淋巴肉芽肿等与全身淋巴系统有关的疾病时，应对全身各组淋巴结作详细记录。

3、头部：口腔颌面部与头颅相邻。口腔颌面部的损伤、肿瘤或类肿瘤疾病，如骨纤维结构不良、浆细胞瘤等，均可累及头部。先天性口腔颌面部畸形的病人，要注意有无伴发头颅的畸形。

4、眼：包括眼距、眼睑闭合，眼球运动，结膜，瞳孔大小、形状，对光反射以及视力等，口腔颌面部的炎症，并发眶周蜂窝组织炎、海绵窦血栓性静脉炎时，上颌骨高位骨折或颌面部损伤并发颅脑损伤时，翼腭凹区肿瘤并侵犯眶内或球后时，均可导致视力、瞳孔、对光反射和眼球运动等改变。白塞氏综合征、口眼干燥综合征等，眼部病变本身就为其中的一组症

状。

5、耳：颅中凹骨折，常有脑脊液耳漏、外耳道流血。

6、鼻：鼻腔有无阻塞、异常分泌物及其性状（血性、脓性或清亮等），对上颌窦肿瘤、前颅凹损伤和前牙区的颌骨肿瘤等的判断，有较大的参考价值。

7、咽喉；对腭裂病人应检查和记录扁桃体及增殖体情况。

三、专科检查

口腔专科检查，包括颌面部、口腔软组织、颞颌关节、涎腺、上下班颈部和牙体、牙周组织等内容。应根据主诉，有选择地、顺序地先口外后口内逐项检查记录，以免遗漏，尽量做到全面细致。有关鉴别诊断的重要阴性项目亦应记录。

（一）颌面部

视诊：颜面表情与意识神态。颜面表情变化既是某些口腔疾病的表征，又是各种全身疾病的反应。颌面部损伤病人，如出现意识和神志变化，常提示合并颅脑损伤。

观察颜面及上颈部是否对称，面上、中、下三部的正、侧比例是否协调，有无脓肿、肿块、瘘管、畸形或缺损。如有肿块或肿胀，应注明准确的部位和所涉及的周围解剖界限以及与周围组织器官的关系和对功能影响等。

面颈部皮肤之色泽、皱纹和弹性的改变，对某些疾病的诊断很有帮助，如神秘纤维瘤、血管瘤、恶性黑色素瘤、白斑病、硬皮病等，均可出现皮肤色素及弹性的改变，在检查及记录时应加以注意。

触诊：在视诊的基础上进一步对病变区进行检查，以了解病变区皮肤温度、硬度和弹性，病变范围和深度，有无压痛、波动感等。对口底及颌下区病变应记录双手对口内外联合触诊的情况。如有肿块，应注意其质地、边界、肿块直径大小、活动度以及与深部组织和皮肤的关系。有无异常搏动及压缩等。

颌面骨的检查，应注意其大小、对称性、有无膨隆或缺损。对于骨肿块应检查骨质膨隆或增生的范围，骨面有无台阶状改变及异常活动等。

探诊：颌面部有瘘管、窦道时，应进行探诊检查，了解其深度、方向，是否贯通口腔，能否触及粗糙骨面或可移动的死骨块、异物等。必要时楞在瘘管内注入染色剂（如亚蓝）或行瘘道造影，以进一步明确其走向。

（二）口腔软组织

口腔软组织的检查应包括口唇、颊、腭、舌及口底等部位。

唇颊：唇红的颜色和弹性，有无鳞屑、皲裂，与皮肤的界限是否清楚整齐。两侧口角是否对称，有无唇部过度紧张或增大。颊部腮腺导管开口处有无红肿，导管有无条束状改变。唇颊部黏膜有无色泽异常、表面糜烂及溃疡。对黏膜溃疡，应认真检查记录其数目、大小、部位、形态、表面假膜的性质，基底部有无浸润性硬结，有无明显触痛，触之是否易出血等。需要时，应对腮腺导管作探诊检查。

腭：注意硬腭、软腭、悬雍垂、舌腭弓等处的黏膜有无病损、畸形缺损或瘘管等。对肿块或肿胀属性质的病损，应进行触诊，以判别甚性质和范围。对有重鼻音者或腭裂语音，而腭部未发现有缺损的患者，应检查软腭、舌腭弓、咽腭弓的运动，有无肌肉瘫痪或腭咽闭合不等。对发生于硬腭中央之骨性肿块，应与腭隆突鉴别。

舌：注意观察舌体、舌根、舌背及舌腹的黏膜及乳头形态，舌的大小等，注意舌系带位置，舌向上、向前运动是否受限或偏向一侧。对舌肌病变及溃疡应行触诊，以了解病变所在的范围、硬度、浸润等情况。舌部的恶性肿瘤还应记录其前后位置及与中线的关系。舌的疾患可分发育性、创伤性、内分泌性和肿瘤性等，在检查时应注意鉴别。对某些舌病，必需进行舌味觉功能检查。

口底：指舌腹以下和两侧下颌骨体之间的口腔底部。口底检查同样要注意黏膜的色泽、有无糜烂或溃疡等情况。颌下腺导管开口处有无红肿及异常分泌物、溢脓。触诊应双手口内外同时进行，注意口底区有无肿块或硬结，颌下腺导管有无条束状改变，是否触及导管内结石。口底的软性肿胀，可为囊肿或脉管性肿瘤所致；硬而固定的肿块，可因舌下腺炎症或肿瘤引起。近期的硬结和肿胀，伴有炎症和触痛者，要注意牙齿、牙周的感染情况。舌下腺的肿瘤，常以恶性多见，必要时应结合z组织病理学检查。

（三）涎腺

涎腺的检查系指对三对涎腺的检查，其中以腮腺及颌下腺为主。腮腺大部分位于颌后凹内。注意观察两侧是否对称，触诊治时应同时检查腮腺和颌下腺的导管，注意涎液的分泌情况。对腮腺的触诊，切勿用手指夹住腮腺提拉，以免将腺体误认为肿块。如有肿块，应记录其大小、质地、活动度、压痛等情况。必要时应行涎腺分泌功能的检查。

（四）颞下颌关节

颞下颌关节之髁状突颈部为下颌骨的生长发育中心，对颞颌关节检查时，应注意颜面下1/3左右两侧是否对称、协调，有无明显缩短或增长，颏部中点是否居中。必要时应对下颌角、下颌支、下颌体的大小、长度用尺测量，并左右两侧比较。

（1）颞颌关节的检查以触诊为主，应注意髁状突的活动度，有无消失或过度活动、弹响及摩擦感。明确弹响与张闭口的关系。关节区有无压痛及肿物等。

（2）咀嚼肌检查应进行双侧肌肉质地、收缩强度对比与肌肉疼痛、张闭口关系的检查。

（3）下颌运动应注意开口型是否正常，前后及侧向运动两侧是否对称、协调。下颌前伸时下前牙中线有无偏斜。下颌运动时有无疼痛，张口有无受限。若张口受限，应记录其张口度，一般分为三度：

轻度张口受限——上、下切牙切缘间距仅可置入二横指，约2~3cm。

中度张口受限——上、下切牙切缘间距仅可置入一横指，约1~2cm。

重度张口受限——上、下切牙切缘间距不到一横指，约在1cm以内。

在下颌作任何方向运动时，均需注意有无弹响，并观察其弹响发生的时间、性质、次数。必要时，可辅以听诊器协助。

（五）[补]关系检查

牙和[补]状态的异常与颞颌关节疾病有密切关系，颞下颌关节病变，可导致牙、[补]关系异常。对[补]关系的检查，应注[补]曲线、[补]面有无磨损、是否有创伤等，异常[补]关系情况存在，还应注意牙列缺失及修复情况。对某些颌骨正畸的病人、[补]关系尤其应有准确、仔细的记录。

（六）牙齿及牙周检查

牙齿和牙周的病变，与某些颌面部疾病有着密切的关系。牙源性肿瘤常可伴有牙齿数目的减少。牙髓的病变可引起颌骨的囊肿。而某些口腔软组织和颌骨的病变，其早期症状可能是牙齿的松动、移位等。

颌骨损伤的病人，对位于骨折线上的牙齿，如处理不当，可影响颌骨骨折的愈合。因此在牙体牙周的检查过程中，应注意以下几点：

（1）牙齿的数目、形态、排列和接触关系，有无龋坏和变色等到。

（2）牙龈有无充血、肿胀、增生、糜烂、萎缩和坏死，龈黏膜有无瘘管和溃疡。

（3）牙齿龋洞的部位、深浅，有无穿髓、探痛等，可探及牙周袋的深浅。

（4）患牙有无明显叩痛，根尖区是否有压痛。

（5）牙齿有松动的临床评估：颊舌向松动为1度，颊舌向及近远中向松动为2度，颊舌、近远中向及垂直向松动为3度。

（七）口腔颌面颈畸形检查

有口腔颌面颈部先天性或后天性畸形者，除按口腔专科检查要求外，应参考整形外科病历书

写要求，进行检查及记录。

（八）颈部检查

除观察颈部有无畸形、肿胀或肿块等外，应对病变区仔细确诊，以了解病变的性质、深度及与颈部重要结构的关系。

**第三篇：妇产科病历书写要求**

妇 科

病史：

一、现病史：

详细询问主要症状的发生、发展、起病后检查和治疗变化的全部过程。

1.主诉阴道流血或月经异常者：须详记初潮年龄、以往月经周期、出血量及出血持续时间，有无血块，痛经程度，出现时间及变化；末次月经情况，有何全身症状，有无鼻出血、皮肤紫癜等。

2.主诉白带增多者：注意发病时间，白带性状、量、色、臭味，有无伴随症状（如：外阴瘙痒、下腹疼痛、泌尿系症状等），白带排出量与月经、孕、产关系等。

3.主诉腹部包块者：应记录发病时间、原发部位、大小、增长速度、活动度、硬度及压痛，月经变化，有无慢性或急性腹痛，有无膀胱、直肠或胸部受压迫症状，注意与妊娠、腹水及尿潴留等鉴别。

4.主诉腹痛者：详细询问发作时间、性质、程度、频率、发作诱因或其它症状（如：闭经、早孕反应等），腹痛发作部位、有无转移、伴发症状（如：发热、呕吐、晕厥、尿频、腹泻等），治疗情况，以及以往有无发作史或手术史。5.病人如有其他专科伤病而未痊愈者，均应在现病史中另段扼要记述。

二、过去史：

有无肺结核、阑尾炎、甲状腺肿、有无胃肠、心肾及血液系统疾病及接触有害物质史。如曾行手术，须了解手术名称、效果及对麻醉药品的反应。

三、个人史：

1.月经史：初潮年龄、持续日数及周期，经血量，有无血块及痛经史。末次月经及前次月经时间。

2.婚姻史：结婚年龄或再婚年龄、丈夫健康情况。不孕症者，须了解性生活情况。

3.孕产史：初孕年龄、孕产次（包括足月产次、早产、流产、人工流产、现有子女数），及每次孕产期有无感染、难产、大出血等异常情况。末次妊娠年月、曾否采用避孕措施，方法，效果如何，有无副作用或并发症。

四、家族史：

有无遗传性或传染性疾病，如畸形、高血压、糖尿病、癌肿、结核等。

体格检查：

妇科检查：包括下腹部、外阴部及窥阴器检查，双合诊、三合诊或直肠指诊。妇科检查需记录以下内容：

外阴：婚型；产型；有无畸形；有无肿块、皮疹、皮损等。

阴毛分布：正常；异常。

阴道：黏膜情况；分泌物是否异常，其量、色、气味、性状、有无赘生物。宫颈：有无糜烂，有无接触性出血及赘生物。宫体：位置，大小，活动度，质地，有无压痛。附件：有无增厚、包块、压痛。

辅助检查：

三大常规，凝血四项，白带常规，宫颈细胞学检查（宫颈细胞刮片、TCT），宫颈分泌物支原体、衣原体检查，阴道镜，宫腔镜，B超（妇科、腹部肝胆胰脾、泌尿系等），X线，CT，MRI，肿瘤四项，性激素，CA125，C199，HCG，孕酮等。

产 科

病史：

1.孕次、产次、末次月经开始日期、预产期。2.临产症状、开始时间及性状。

3.早孕反应与胎动开始时间；

4.孕早期有无病毒感染如流感、风疹、肝炎等，有无长期服用镇静药、激素、避孕药，有无接触大量反射线或其他有害物质，有无烟酒嗜好。

5.孕期有无先兆流产、先兆早产、或采录其他病史，记录起止时间、简要病情及治疗过程。6.过去有无心、肺、肝、肾疾患，及高血压、糖尿病等疾病；有无出血倾向、过敏、手术史。7.月经史、婚姻史、包括是否近亲结婚、详询计划生育史。

8.妊娠及分娩史，逐次妊娠、分娩或流产、早产史、产褥期情况，有无畸形儿、产伤儿、溶血症新生儿及子女存亡。家族遗传史。

体格检查：

注意有无高血压、水肿和心、肺、肝、甲状腺、乳房异常，并检查身高、体重等。1.腹部检查：腹形、宫底高度、脐平面腹围、胎方位、胎心音最响部位、胎心率。2.骨盆测量：髂棘间径、髂嵴间径、骶耻外径、坐骨结节间径。

3.直肠（阴道）指诊：估测坐骨棘间径、先露位置、宫颈管消失度、宫口开大厘米数、同时了解骶骨弯度、坐骨切迹宽度、尾骨活动度，注意胎膜破否。

辅助检查：

转抄孕期检查结果，如血型，血常规，尿常规，乙肝，HIV，USR，丙肝，甲肝，优生四项，肝肾功能，B超等。共存病所需的检验，孕期未查者应补查。

（B超注意记录BPD，FL，胎盘功能，羊水指数，异常情况如胎位、胎盘异常等）

入院诊断：

按下列次序排列：

1.妊娠周数（周数后加天数如39周，37周+3），孕次、产次、胎方位、临产否。

如：孕1产0宫内妊娠39周LOA单活胎未临产 2.产科异常情况。如：胎膜早破、前置胎盘、臀位等。3.其他科共存病。如：急性上呼吸道感染，中度贫血等。

出院诊断：

1.注意分娩前后产次的变化，如分娩前为孕1产0，分娩后应为孕1产1。2.注意分娩过程中新增诊断，如活跃期停滞、胎儿宫内窘迫等。

注意内容：

1.病理产科入院需书写首次病程记录及病程记录。

2.正常分娩病人（无产科合并症者）填写产科住院记录单，产后填写产后观察记录表（包括宫底高度、子宫收缩情况、恶露情况、会阴伤口等内容），可不写首次病程记录，但病程中有异常情况需随时记录。

3.病理产科和正常分娩病人出院均填写产科出院小结。

4.手术病人术后病程记录中需记录患者术后有无恶寒发热，肛门是否排气，留置尿管是否通畅，肛门排气和拔除尿管后需注意大小便情况，腹部切口有无红肿硬结和渗血渗液。产科术后还需记录乳房是否饱满，乳汁量多少，宫底高度、质地，恶露颜色、量、有无异味。

**第四篇：康复科病历书写要求**

康复医学科相关医疗文书书写要求如下：

一、入院记录书写要求和格式

（一）患者一般情况包括姓名、住址、性别、年龄、民族、婚姻状况、职业、籍贯、入院时间、记录时间、病史陈述者、病史可靠性等。（住址要具体到门牌号）。

（二）主诉是指促使患者就诊的主要症状或体征及持续时间。不要超过20字。

（三）现病史：应围绕主诉。叙述致残的原因、经过、演变、治疗过程及当前症状。包括： 1.发病情况：记录发病时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能原因或诱因。

2.主要症状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。（功能障碍的内容、性质及程度）。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.发病以来诊治经过及结果：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。5.发病以来一般情况：患者发病后的精神状况、睡眠、食欲、体重等情况。

6.发病以来日常生活活动能力（ADL）描述，包括进食、穿衣、修饰、洗澡、二便控制、如厕、转移、行走、上下楼梯等情况。

（四）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。

（五）个人史，婚育史、月经史，家族史。

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。记录患者平素生活和工作环境、职业特点、经济背景及心理社会适应状况等内容。患者如果是脑瘫患儿，应记录患儿出生情况、喂养情况、生长发育情况等。这部分执行的结果对于ICF的应用能提供资料。2.婚育史、月经史：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间（或闭经年龄），月经量、痛经及生育等情况。3.家族史及遗传病史：父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

（六）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、粘膜，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），肛门，外生殖器，脊柱，四肢等。

（七）专科情况应当根据专科疾病特点重点记录专科特殊情况。某病没有出现症状和体征不必填写,一律用斜杠在空格处封闭,不能漏项。如骨科患者不出现神经系统疾病的特征则不填相关项目。具体说明如下：

1、“高级脑机能”及“颅神经”处按序填写；

2、“运动”项下“肌张力”处：对患者肢体肌张力情况如降低、正常、增高进行填写。

3、“运动”项下“肌力”处：自行选择量表如徒手肌力测定等对患者肢体肌力情况进行文字描述，如肩前屈、肩外展、屈肘、伸腕、屈髋、伸膝、踝背伸等肌力。对于周围神经的病损，要按肌群详细填写。

4、“运动”项下“关节活动度”处：对患者各个关节活动情况自行描述，如颈椎、肩关节、肘关节、髋关节、膝关节等。

5、“运动”项下“骨科其他情况”处：如涉及到骨科其他检查内容，如颈椎、腰椎、躯干、四肢等特殊检查方式，可在此处文字描述，如颈椎间孔挤压试验、臂丛牵拉试验、直腿抬高试验、“4”字试验、仰卧挺腹试验、股神经牵拉试验、Tinel征、Thomas征等内容。

（八）辅助检查指入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及其结果。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作检查，应当写明该机构名称及检查号。

（九）入院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，应当主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。注意疾病诊断书写在前，功能诊断书写在后。

如：

1、脑梗死（左侧基底节，恢复期），右侧肢体偏瘫 混合性失语 ADL部分依赖

2、高血压病（3级 极高危）

这样描述符合病历书写对诊断的通用规则和一贯原则，也便于在卫生统计时对疾病谱和一段时间住院患者疾病构成比的准确统计，也能明确引起某种障碍的疾病及数量。

（十）书写入院记录的医师签名、上级医师签名。

（十一）书写入院记录时间。格式[示例]

入院记录普通格式

广西 医院

入 院 记 录

住院号 姓名： 性别： 年龄： 婚姻： 民族： 籍贯： 出生地： 户籍所在地 职业： 单位： 电 话： 身份证号码：

住址： 省（区）市（州）县（区）乡（镇）街（路、村、组）

号

入院日期： 年 月 日 时 分 病史陈述者： 主诉： 现病史： 既往史： 个人史： 月经及婚育史： 家族史：

体 格 检 查

T ℃ P 次/min R 次/min BP / mmHg 身高 cm 体重 Kg 一般情况： 皮肤粘膜： 淋巴结： 头部及其器官： 颈部： 胸部： 胸廓： 肺脏： 心脏： 周围血管： 腹部： 肛门、直肠、外生殖器： 脊柱四肢： 神经系统： 专科情况：

辅 助 检 查

血尿常规： 血液生化： 心电图： B超、X光及其他特殊检查结果：

初步诊断：1．

2．入院时病例分型：

医师职称或类别 签名：

年 月 日 时 分

修正诊断：1．

2．补充诊断：1．

医师签名： 日期 年 月 日 时 病例分型修正：

医师签名： 日期 年 月 日 时

二、首次病程记录和日常病程记录的书写要求和格式

（一）首次病程记录要求

首次病程记录是指患者入院后由经治医师或值班医师（首诊医师）书写的第一次病程记录，在患者入院8小时内完成。

（二）首次病程记录内容

1、一般项目：患者姓名、性别、年龄、因何主诉于何年、月、日（时、分）急诊或非急诊入院。

2、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。

3、初步诊断：包括主要、次要的疾病，对待查病例应列出可能性较大的诊断。

4、诊断依据：根据病例特点，提出诊断依据。如脑卒中后康复病历则应提出定位诊断及定性诊断。

5、鉴别诊断：对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析，包括需鉴别的疾病名称及鉴别要点。对诊断明确的可不与其他疾病鉴别，但必须表述该疾病已确诊。

6、诊疗计划：常规检查、其他鉴别诊断的检查、药物治疗，请上级医师制定康复计划，提出注意事项。

（三）日常病程记录内容

患者的主诉；医务人员检查，包括体检、实验室及器械检查资料；医师根据前二项资料对病情和治疗作出的分析和判断；进一步检查和治疗的计划。包括下列各项：

1、患者的病情变化情况：包括患者的主观感觉和医务人员客观检查所见，如患者的症状、体征，尤其是新出现的症状与体征，以及患者的一般情况，包括情绪、神志、饮食、行动、睡眠、体温、大小便等，同时对发生变化的原因加以分析讨论。患者康复训练进展过程，如存在问题，提出问题并制定相应康复治疗以促进肢体功能恢复。

2、诊疗计划执行情况：各种诊疗措施的效果及出现的不良反应，原诊疗计划是否继续执行或修改、补充及其依据；医嘱增加、更改、停止的理由；患者入院后3天内完成康复功能初级评定，并制定相应康复治疗计划及训练方法，记录康复训练内容，对康复训练进展明显情况或无明显进展情况应及时记录，并分析原因，制定下一步治疗方案。

3、各种会诊的意见及执行情况；除单独专页的“会诊单”外，（见《会诊记录》节），当天的病程记录也应简明扼要记录会诊意见，包括会诊医师对病史、体征的补充、进一步诊疗意见以及执行情况。

4、重要的实验室及器械检查结果，并进行前后对比，分析其在诊断及治疗上的意义，提出应采取的措施。

5、在病程记录中反映重要诊疗告知项目。诊治过程中施行的有创及特殊诊疗操作项目，按照操作规程作好相关记录（大型、特殊复杂项目可根据医疗机构具体要求另页记录），有操作者、记录者签名。

6、病程记录中应有出院前一天（或出院当天）的情况记录，包括症状、体征、上级医师是否同意出院的意见、出院带药、出院后继续行康复训练的项目以及向患者及其亲属交待的事项。

（四）首次病程记录、日常病程记录书写内容和格式[示例] 病程记录 2024－3－1 8：00 一般项目： 病例特点： 初步诊断： 诊断依据：

1． 2． 鉴别诊断：

1． 2． 诊疗计划：

1． 2．

医师职称：（签名）

2024－3－1 10：30

（签名）

三、上级医师查房记录要求及格式

上级医师查房包括主治医师、副主任医师、主任医师查房，查房时应有经治医师和相关人员参加；高级职称医师或科主任（基层医院）查房每周1次，每周1次查房记录；主治医师或科主任（基层医院）查房每天1次，每周1-2次查房记录。查房一般在上午进行。上级医师查房记录可由经治医师书写，也可由试用期医学毕业生及实习医师书写，但须经具备合法执业资格的带教医师修改、审批并签名，上级医师审阅后签名。记录内容要求文字清晰简练，重点突出。1．对主治医师查房记录的要求：

（1）病危患者入院后当天要有主治医师查房并做记录（夜班、节假日及双休日可由二线医师代执行）。72小时内要有不同级别的三级医师查房记录。（2）病重患者入院后，24小时内要有主治及以上医师查房记录。（3）一般患者入院后，48小时内要有主治医师首次查房记录。

主治医师每周要有1-2次查房记录。

（4）查房内容：要求核实下级医师书写的病史有无补充，体征有无新的发现，陈述诊断依据和鉴别诊断，提出下一步诊疗计划和具体医嘱，查房时对下级医师的病历书写要进行检查，及时发现问题，并给予具体指导。

（5）结合患者病史、症状、体征及检查结果，确定诊断，并进行初步康复功能评定，制定相应康复治疗计划。

（6）对诊断不明确或治疗困难的患者提请主任医师（副主任医师）查房及专科会诊协助解决。

（7）对疑难病例及有教学价值的病例，提请主任组织定期的全科查房。2．对主任医师及副主任医师查房记录的要求

（1）新入院患者三日内必须有1次副主任医师以上的医师查房记录；副主任以上医师每周至少查房1次并有记录；疑难、危重病例必须按时限要求，落实不同级别三级医师查房制度并有相应记录（以医疗机构实际情况或无高级职称医师的医疗机构由科主任执行）；查房时要求下级医师及有关人员参加。

（2）通过病史、全面体检、必要的实验室等医技检查、专业评估量表（如偏瘫功能评估表、Berg-平衡量表、Barthel指数评分表），结合PT、OT和/或ST、康复护士、支具师、针灸推拿医师的分析意见，制定出治疗的近期和远期目标，再根据近期目标确定目前的康复治疗方案、治疗要点和注意事项，预测康复治疗效果以及可能影响康复治疗的因素。（康复训练包括：关节松动训练、偏瘫肢体综合训练、平衡功能训练、运动疗法、手功能训练、作业疗法、吞咽功能训练、构音障碍训练等。物理治疗包括：中频脉冲电刺激、气压治疗、红外线治疗、超短波治疗、超声波治疗等。传统保健疗法包括：针灸、推拿、中药熏药等）。（3）解决疑难问题、审查新入院及危重患者的诊断、治疗计划、提出需要解决的问题，决定重大手术及特殊检查治疗、新的治疗方法等，做出肯定性的指示。

（4）抽查病历、医嘱、护理质量，检查诊疗中有无缺陷，纠正错误、指导实践，不断提高医疗水平。（4）利用典型、特殊病例进行教学查房，以提高教学水平。（5）书写上级医师查房记录和上级医师对查房记录进行修改、签字。

（6）患者出院前需进行末期康复功能评定，评估患者经过康复治疗后目前总的功能状态，评价康复治疗效果，提出今后重返社会或进一步康复的建议。3．对书写查房记录和上级医师对查房记录进行修改、签字的要求：

经治医师应在查房后24小时内完成上级医师查房记录的书写；上级医师应在查房后的48小时内对查房记录进行修改并在下级医师签名前面空格处签字。格式[示例] ： 2024－3－1，10：00 主治/（副）主任医师查房记录

主治/（副）主任医师签名： 经治医师签名：

四、转（出、入）科记录的书写要求和格式 书写要求：

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。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）；转入记录由转入科室医师于患者转入后24小时内完成。转科记录内容包括入院日期、转出或转入日期，转出、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或转入诊疗计划、医师签名等。

1．转科记录不另立专页，在病程记录内接着书写，内容包括：（1）一般项目：姓名、性别、年龄、入院日期、转出日期（2）全部住院志主要内容的摘要： ①主诉；

②入院时情况（包括简要病史、主要的体格检查、实验室及器械检查等）； ③入院诊断；

④诊疗经过：入院后病情演变过程需详细书写，检查化验结果主要项目要详细具体，病理或造影等重要报告结果要将其抄入，详述诊疗经过和治疗效果；如使用特殊药物如激素或化疗、放疗等，要注明药名及使用剂量的总剂量、时限及拟继续使用的疗程、总剂量及具体用法；目前情况需详细介绍疾病或手术后恢复情况，转科前生命体征，血压、脉搏、呼吸、体温情况。如为手术患者要注明手术名称及病理检查结果，诊治还存在什么问题；伤口愈合情况，是否留置引流管、石膏及拆线，诊治还存在什么问题等事项。

（3）目前诊断、转科（出）目的、会诊意见（注明哪科哪位医师会诊同意转出）及提请接收科注意的事项。（4）书写记录医师签名。

格式[示例] 转 出 记 录

2024－3－1 10：00 患者×××，男，26岁，因

目前诊断：

转科（出）目的、会诊意见及提请接收科注意的事项

（签名）×××

2．转入记录在转科（出）记录之后接着书写，书写内容及要求同转科记录。但书写之前接管医师应详细阅读病历，进行问诊和体检，了解全部情况后按照自己的思维逻辑书写，而不是照抄转科记录。转入记录一定要体现出康复医学科的特点，对患者病情描述和评价要用康复术语，并按康复医学的功能诊断模式书写，并从本科的角度补充必要的病史及体格检查，然后提出当前的康复治疗计划。

格式[示例] 转 入 记 录 2024－3－1 15：00 患者×××，男，26岁，2024－2－22入院，2024－3－1 10：20由××科转入。因

入院诊断：1．

2．转入时情况： 转入诊断：1．

2．诊疗计划：1．

2．（签名）XXX

**第五篇：规培期间病历书写要求**

规培期间病历书写要求

1、按规范化培训要求每个学员每个月书写病历3份，每季度一次统一交科教科。

2、用word软件书写病历，统一A4纸打印，杜绝用办公室电脑直接打印运行病历作为需上交的病历。

3、每份病历单独装订，首页注明“专业+姓名”，每页标注页码。

4、按住院运行病历格式书写，每份所交病历包括24小时入院记录及首次病程记录。2024年以后交完整病历，内容包括病历首页、入院记录（含系统回顾）、出院记录（或死亡记录）、病程记录（含首次病程记录）。外科病历要有术前讨论。

5、署名必须为病历书写者本人姓名。

6、指导老师必须审阅并签名。

7、轮转时交轮转科室病历，轮转辅助科室时可以不交病历。

8、病历书写要求：甲级病历

90分以上

乙级病历

70-90分

丙级病历

70分以下

甲级病历为合格，乙级及丙级病历均不合格，出现丙级病历两次以上将延期参加规培结业考试。

以下情况为重大缺陷项目，出现一项判为乙级病历：

（1）有证据证明病历记录系拷贝行为导致的原则性错误。（2）缺整页病历记录造成病历不完整的。（3）有明显涂改（关键部位刮、粘、涂等）。（4）在病历中模仿他人或代替他人签名的。

9、所交病历由科教科统一安排内、外科老师进行评分，分数记入规培档案，未书写或逾期未交病历者按零分记录。

病历修改老师要求

1.为进一步规范住院医师规范化培训工作，加强医院对培训过程的管理，切实提高培训医师病历书写质量。由科教科统一安排，定期组织规培学员病历书写小讲课。

2.根据规范化培训要求，我们规定规培学员每月上交病历3份，每季度随机抽取一份批改。每次我们将在内、外科系统各抽一名老师批改学员病历。

3.每位老师严格按照江西省《病历书写基本规范（试行）》实施细则及住院病历质量评价标准打分，统一标准，量化指标，注明扣分理由，以利学员改进。

4.每次病历评分结束后，针对学员病历书写中出现的问题，进行病历点评，促进学员病历质量的提高。

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！