

住院医师规范化培训 住院病历书写指导教学指南 (2021 年版)

住院病历书写指导是指导医师通过审阅和修改住院医师书写的住院病历，评估住院医师在病情信息收集、诊断分析推理、治疗方案决策及病人管理过程等方面的能力，并进行引导和反馈，提升住院医师的住院病历书写水平，促进其临床思维及决策、临床诊疗能力的提高。

1 目的

通过开展住院病历书写的审阅与修改，培养住院医师收集与归纳病情信息、提炼重要体征与辅助检查结果、分析临床诊断与决策的能力及医疗文书书写的能力，养成规范、专业的住院病历书写习惯，从而全面提升住院医师的临床诊疗能力，保障医疗质量与患者安全。

2 组织安排

培训基地应要求和督促指导医师及时审阅和修改住院医师书写的住院病历；开展对该教学活动的管理和评价，包括住院病历书写指导教学计划制订与实施、住院病历书写质量评价与反馈，加强教学督导等。

3 准备工作

3.1 病历选择

(1) 指导医师应根据培训细则要求的病种，选择住院医师书写的住院病历，可为出院病历或在院病历。

(2) 所选住院病历为电子病历或手写病历。

(3) 所选住院病历首选该住院医师全程主管患者的病历。

(4) 所选病例具有较好的教学示范价值，能体现病历书写与临床思维相关联的元素。

(5) 住院医师认为需要指导医师进行指导的病历。

3.2 教学模式及选择原则：根据所选病历的病种、病历的教学价值，结合住院医师的年资、医疗文书书写能力及临床思维等综合能力，指导医师确定开展住院病历书写指导的教学模式。住院病历书写指导的教学模式可有以下两种：

3.2.1 一对一模式（一位指导医师带教一位住院医师）：

通过指导医师对住院医师所写病历进行审阅，与住院医师一对一讲解，指出住院医师在文书结构、用词规范、信息收集、分析推理、诊疗决策与患者管理等各个环节中的优点、问题与不足，通过引导与互动反馈，使住院医师明确支撑病历文书背后的沟通能力与临床思维内涵。指导医师应关注住院病历书写中反映多方面临床能力的个性化问题，并及时总结问题的共性特征，提升指导经验与效率。该模式为病历书写指导的常态化模式。

3.2.2 一对多模式（一位指导医师带教多位住院医师）：

指导医师事先审阅住院医师所写病历，发现病历书写中反映出的住院医师临床能力的共性问题，提炼出具有较大教学价

值的反馈要点。指导医师组织住院医师共同分析病历书写过程中的文书结构、用词规范、信息收集、分析推理、诊疗决策与患者管理等各个环节的问题与不足，引申出大部分住院医师在临床思维方面的共性问题，并予以讨论互动与分析指导。此模式也可以融入其他教学活动中，如教学查房、教学病例讨论等。

3.3 地点准备

（1）一对一模式可选择任何适合单独开展教学活动的地点，如示教室、医生办公室等。

（2）一对多模式可在有影像资料播放设备或有黑/白板的示教室开展。

3.4 指导医师的准备

（1）指导医师应重视对住院病历书写的指导，认真审阅住院病历，并及时对在临床工作中发现有教学价值的病例开展病历书写指导。

（2）每次开展住院病历书写指导教学活动，指导医师应根据住院医师层级及所选病历情况，明确本次指导的教学目标，并选择合适的教学模式与方法。

（3）在开展教学活动前，指导医师须认真审阅病历，发现并提炼住院医师在病历书写中存在的问题，结合住院病历评估住院医师的临床思维能力。

（4）指导医师应提前明确在此次教学指导过程中该病历书写的重点、难点，确定与住院医师沟通 and 反馈的方式。

(5) 指导医师应在开展指导前了解住院医师日常病历书写完成情况及既往书写质量, 选择适宜时间, 保证充分交流。

3.5 住院医师的准备

(1) 住院医师可主动将病历提交指导医师申请指导, 特别是在病历书写过程中, 对文字表达、诊断分析或治疗计划方面存在疑点、难点的病历。

(2) 住院医师应熟悉自己所写的住院病历, 掌握病例信息, 根据该病例特点, 完成相关医学知识的复习准备工作。

(3) 采用一对多模式开展指导前, 参与教学活动的每位住院医师应做好准备, 提前阅读病历并熟悉病例相关特点。

4 实施

指导医师根据病历书写指导的要求, 开展指导。在准备工作阶段, 完成对住院医师所写病历的审阅, 对文书结构、用词规范、信息收集、分析推理、诊疗决策与患者管理等各个环节的优点、问题与不足, 进行清晰地梳理。

4.1 一对一模式

4.1.1 开场介绍: 指导医师向住院医师介绍此次病历书写指导的教学目标与要求。

4.1.2 住院医师剖析问题: 住院医师重新审视病历书写后, 指出自己在该份住院病历书写中存在的问题, 包括文字表达、诊断分析或治疗计划方面存在的难点、疑点。

4.1.3 指导医师指出问题：指导医师从入院记录－首次病程记录－病程记录（术后病程记录）－手术/操作记录－出院记录－各类医患谈话记录等，按教学目标要求逐一或选择重点内容向住院医师指出其在收集信息、提出问题及诊断分析、作出决策与计划等患者管理过程中体现在病历记录上的问题。住院医师解释对上述问题的理解，提出自己的看法、思路与疑惑。

4.1.4 互动讨论：指导医师与住院医师互动交流，帮助住院医师分析病历书写中反映出来的问题。针对信息收集、诊断分析与治疗决策等方面存在问题的原因，引导住院医师运用合理的临床思维方法来书写病历，将病历记录的过程与临床思维的路径紧密结合。

4.1.5 总结与反馈：住院医师自我点评与反思，指导医师反馈总结，提出改进的意见与思路。住院医师根据指导医师提出的意见与建议，完成对在院病历的书写修改。

4.2 一对多模式：基本步骤同“一对一模式”，但在教学活动过程中，由病历书写者简述病历并剖析问题，其他住院医师补充指出问题，提出自己的观点；指导医师指出共性问题，就病历的重点内容结合问题予以讲解、分析、反馈。住院病历书写者同时完成对在院病历的书写修改。

4.3 注意事项

（1）指导医师应积极运用启发式教学模式，发挥引导作用，鼓励住院医师充分表达自己的观点和认识，注意培养其批判性思维与反思习惯。

（2）指导医师应引导住院医师通过病历书写反映的问题，查找原因。如医学知识不足、疾病认知不足，反映的是住院医师知识层面的问题；采集病史能力和概括问题能力不足、缺乏推理规则、存在认知偏差等，反映的是住院医师技能层面的问题；病历与病程记录简单复制粘贴，则反映了住院医师态度层面的问题。指导医师要给予针对性指导。

（3）指导医师应重视反馈与总结，对住院医师进行充分的评估和反馈，从而达到理论联系实际、加深理解的教学效果。

（4）对于出院病历，不可在原病历上做任何形式的修改。指导医师若有要求，可以选择病历的某一部分，如首次病程录等，作为课后作业布置给住院医师，并要求住院医师手写1份上交，由指导医师批改。

5 其他说明

本指南为全国各住院医师规范化培训基地的住院病历书写指导提出参照标准，对于不同专业病历书写要求的教学细节，各基地可以根据实际情况适度调整，但不能偏离基本要求的框架。

6 附件

6.1 住院医师规范化培训住院病历书写质量评价表（指导医师/督导专家使用）

6.2 住院医师规范化培训住院病历书写指导评分表（督导专家/同行评议使用）

住院病历书写指导教学指南编审小组（以姓氏笔画为序）

组长：黄晓明（北京协和医院）

编写：阮恒超（浙江大学医学院）（执笔）

黄晓明（北京协和医院）

审稿：卢中秋（温州医科大学附属第一医院）

付 斌（中南大学湘雅医院）

杨正汉（首都医科大学友谊医院）

周玉皆（南京鼓楼医院）

柳 俊（中山大学附属第一医院）

耿晓北（中国医师协会）

聂 芳（兰州大学第二医院）

贾明艳（中国医师协会）

黎尚荣（中山大学附属第三医院）

附件 1

住院医师规范化培训住院病历书写质量评价表

（指导教师/督导专家使用）

培训基地:

培训专业:

患者姓名:

病案号:

住院医师:

☐ 住培第一年 ☐ 住培第二年 ☐ 住培第三年
病历类型: ☐ 在院病历☐ 出院病历

项目	内容要求		满分	得分	存在问题
入院记录 (30分)	一般项目	完整准确	3		
	主诉	简明、扼要,反映就诊目的	3		
	现病史	起病时间、诱因、症状、具有鉴别诊断意义的阴性症状描述清晰,诊治经过简明扼要	10		
	既往史等	完整无遗漏	3		
	体格检查	完整,阳性体征准确,有鉴别意义的阴性体征无遗漏,专科检查详细	3		
	辅助检查	清晰有条理	3		
	诊断	主要诊断、次要诊断完整规范	5		
首次病程记录 (15分)	病例特点	有归纳,重点突出,简明扼要	5		
	拟诊讨论	结合患者,分析有条理,思路清晰	5		
	诊疗计划	具体,简明,合理,个性化	5		
病程记录 (30分)	准确反映病情变化及诊治过程,有病情分析		5		
	重要辅助检查结果有记录及分析		5		

	重要医嘱更改记录及时，理由充分		5		
	上级医师查房条理清楚、重点突出		5		
	手术、操作、抢救记录及时完整		5		
	交接班、专科等记录及时符合要求		5		
其他医疗 文书 (10分)	会诊单填写完整，会诊目的明确		3		
	操作、手术等知情同意书填写准确，签字完整		4		
	传染病、院感等报告准确及时，无漏报		3		
出院记录 (出院病 历需评估) (15分)	入院情况	简洁明了，重点突出	3		
	诊疗经过	有归纳，思路条理清晰	3		
	出院情况	主要症状、体征、辅助检查、存在问题 等记录清晰完整	3		
	出院诊断	完整规范	3		
	出院医嘱	具体全面（包含生活指导，药物及非药 物治疗，复诊时间等）	3		
总分			100		
一票 否决项	1. 未按要求及时完成病历		<input type="checkbox"/>		
	2. 病历存在复制粘贴现象（针对电子病历）		<input type="checkbox"/>		
	3. 医疗文书未签名		<input type="checkbox"/>		
	4. 严重缺项（如缺知情同意书、手术记录等）		<input type="checkbox"/>		
	5. 严重错误（如病案号不符、病变部位左右描述错误、 重要医嘱更改描述错误等）		<input type="checkbox"/>		
病历书写 中反映出 住院医师	1. 医学专业知识有待提高		<input type="checkbox"/>		
	2. 问诊查体等基本技能有待提高		<input type="checkbox"/>		
	3. 分析推理能力有待提高		<input type="checkbox"/>		

存在的问 题	4. 临床决策能力有待提高	<input type="checkbox"/>
	5. 责任态度方面存在问题	<input type="checkbox"/>
病历整体评价	<input type="checkbox"/> 优秀 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 基本合格 <input type="checkbox"/> 不合格	

评价人：

评价日期：

年

月

日

附件 2

住院医师规范化培训住院病历书写指导评分表 (督导专家/同行评议使用)

培训基地: _____ 专业基地/科室: _____

指导医师: ☐主任医师 ☐副主任医师 ☐主治医师

指导模式: ☐一对一模式 ☐一对多模式

住院医师: ☐住培第一年 ☐住培第二年 ☐住培第三年

评价项目	满分	得分	备注
教学指导目标明确、合理	10		
指导准备完善	10		
了解住院医师的业务水平	5		
指导入院记录合理	10		
指导首次病程记录合理	10		
指导病程记录合理	10		
指导出院病历合理	10		
正确评价住院医师的优点与不足	10		
对住院医师进行及时反馈	10		
注意运用启发式教学模式	5		
注意培养住院医师的临床思维能力	10		
总分	100		

评价人: _____ 评价日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日