

病歷寫作要點

台中榮民總醫院

內科部副主任 陳得源醫師

內科部 病歷委員會召集人

廣義的病歷

1. 醫師執行業務時製作的病歷紀錄(醫師法第12條)
2. 病情描述之病歷摘要、轉診病歷摘要、出院病歷摘要(醫療法第71、73、74條)
3. 護理人員之護理紀錄(護理人員法第25條)
4. 復健紀錄、營養飲食紀錄等其他醫事人員紀錄文件
5. 住院診療計劃說明書及各項同意書(手術及麻醉同意書、人體試驗同意書、安寧緩和醫療意願書、家屬同意書(醫療法第63、75、79條、緩和醫療條例第4、7條)
6. 臨床實驗診斷之病理檢查報告、醫事檢查、造影檢查、心電圖紀錄(醫療法第67條)
7. 證明書類之診斷書、死亡證明書、死產證明書(醫療法第76條、醫師法第17條)

病歷的特質

- 病歷是真實完整的醫療紀錄，要詳細敘述病狀
- 參閱病歷紀錄對現在病情之了解及判斷非常重要
- 醫療經驗所紀錄是個人之隱私，一定要維護
- 一定要重點化-重點應是指
 - Active problems
 - Main Dx & complications
 - 治療方法，反應及效果
- 病歷紀錄應由醫師(團隊)及時紀錄，病歷內容亦是法律證件，可作法庭判案之證據

病歷寫作相關法

- 醫療法第67條

- 醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。

- 前項所稱病歷，應包括下列各款之資料：

- 一、**醫師**依醫師法執行業務所製作之病歷。

- 二、各項檢查、檢驗報告資料。

- 三、**其他各類醫事人員**執行業務所製作之紀錄。

- 醫院對於病歷，應製作各項索引及統計分析，以利研究及查考。

寫好病歷是醫師的法定責任

- 病歷記載系醫療行為之一種，必須由**醫師親自**為之，並具有法律效力(68.4.4衛署醫字第226906號函)
- 醫師之診斷、處方、手術、病歷記載、施行麻醉等醫療行為，亦應由**醫師親自**執行
- 其餘醫療工作得**在醫師親自指導下，由輔助人員為之**，但該行為所產生之責任，則由指導醫師負責。(65.6.3衛署醫字第111974號函)

病歷記載是醫師的法定責任

- 醫師法第12條(病歷資料之製作及保存)

醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。

前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項：

- 一、就診日期、時間。
- 二、主訴。
- 三、檢查項目及結果。
- 四、診斷或病名。
- 五、治療、處置或用藥等情形。
- 六、其他應記載事項。

病歷由醫師執業之醫療機構依醫療法規定保存。

寫好病歷的目的與重要性

- 從**醫療任務**，談病歷的記載。完整地記載病程、病情，以便醫師、護理人員、和其他醫事人員相互之間的溝通
- 從**醫療品質與病人安全**觀點談醫療紀錄
- 從**倫理及法律**觀點談醫療紀錄
- 醫療給付的依據
- **防止醫療糾紛**的記錄文件

病歷證據保全(醫療訴訟)

- (一) 病歷之複製權(醫療法第71條，93.4.28增訂)
- (二) 民事之證據保全
- (三) 刑事之證據保全

實際案例

甲醫師在業務過失重傷害案件之偵查中，因擔心被起訴，所以竄改原始病歷之手術同意書部份，改為較詳盡之說明，避免將來因未盡告知義務而被認定有業務過失。

然而，病患家屬在提出告訴之前，早就影印好原始病歷，即甲醫師在竄改病歷之前，不知病患家屬已印製好尚未被竄改的病歷，然後才提出告訴，並請求扣押被竄改過之病歷。

住院診療計劃(醫院評鑑項目5.1.4)

須於住院24小時內完成且主治醫師簽名或複簽

黏貼處	台中榮民總醫院 住院診療初步計劃說明書
-----	---------------------

先生/女士：

首先祝您早日康復！本院醫療照護團隊(包括醫師、護理人員、藥師、營養師、社工師及復健師等人員)本著精益求精的理念與人權考量，重視您就醫的各項權利，為使您對整體醫療照護有進一步的瞭解，並減少您不必要的焦慮，特制訂本說明書。

您於____月____日因診斷或醫療問題為_____

住院接受 檢查處置治療。住院期間，您的主治醫師是：_____醫師。

在您住院期間，本院醫療照護團隊將依您的病況安排必要的醫療處置，初步項目可能包括：

檢查檢驗：抽血檢查 細菌培養 X光攝影 心電圖 超音波心導管檢查
內視鏡 電腦斷層掃描 核磁共振掃描 病理切片 _____

治療處置：靜脈輸液 藥物治療 輸血治療 呼吸道處置 手術 麻醉 復健
生命徵象監視 _____

注意事項：疾病飲食衛教 管造指導 預防跌倒之指導 生活與復健運動指導
管路照護 居家護理 _____

經評估若有需要時，也會照會其他專科醫師與相關專業人員，而且醫療照護團隊得因病情改變，在衡量病患利益下作醫療計畫之適度修正，若有任何問題，您可以向醫師或護理人員反應，我們將會協助您處理。

解說醫師(簽名) **主治醫師未簽名或複簽** 護理人員(簽名)：_____

解說地點：_____ (年 月 日 時 分)

經過以上工作人員的說明，本人(或家屬)_____已經瞭解此次住院的初步診療計劃，本人(或家屬)所提出之問題_____，也已經獲得說明及瞭解，並且同意接受本院醫療照護團隊所作之診療。**未填日期**

病患或家屬(與病患關係_____)簽名：_____ (年 月 日 時 分)

聯絡電話：_____

住院中病歷

基本資料

台中榮民總醫院
胃腸病科 入院病歷摘要

ID	0007609831	Birthday	20/07/25 (1931)	Bed Number	W65-102
Name	張 霜	Age	75 year(s) old	Gender	女

General Data

- 婚姻：已婚
- 種族：漢人
- 人種：黃種人
- 居住地區：台中縣 霧峰 區/鄉/鎮
- 職業：其他 以前務農
- 病史獲取來源：家屬（子女）
- 訪談日期：2006/10/19

Chief Complaint

- Poor appetite and choking, along with decreased urine output and pedal edema for

Occupational history

- 瞭解病人的身份、職業、工作內容、以及生活關係、嗜好等
- 不是只寫士農工商軍。
- 不同的階層，工作內容不相同。也不可以只寫退休
- 瞭解生病的背景。(不一定與疾病有直接的關連。)
- 病人的職業及工作性質一定要知道

住院記錄(Admission Note)

主訴(chief complaints)

- 主訴這次住院最主要症狀或目的 ⊕ 期間 (duration)
- 應有發作的緩急 (mode of onset)
- 主訴要用病人自己的話來描述
- 確認核心問題作為主訴(C.C.)

主訴之常見缺點

- *for abdominal CT scan

- *for renal biopsy

- *for chemotherapy

該寫為什麼要做檢查或治療，故於上述三種主訴後，分別加上：

- *A hepatic mass found in an echo study two weeks ago

- * Proteinuria for on year

- * Lung cancer diagnosed two weeks ago

住院記錄

現病史(present illness)

常見缺點: Copy and Paste、

缺乏時序性、一致性及連貫性。

- 現在病史，可以多讓病人說
- 應對這次發病的各種不同症狀演變的先後次序以及發病前後病人所發生的事詳加描述。
- 依據時間敘述，從症狀發生到此次住院之前各種表徵、就醫檢查、其他醫師給予的判斷、治療，以及治病之反應等病情的變化，與現在病情相關的過去疾病史也應一併敘述
- 疾病所造成生理機能與心理之影響應一併敘述

住院記錄(Admission Note)

過去病史(past history)

- 過去病史，要醫師多花點時間問
- 主要摘述幼小到成人的疾病與情境，在記載各種同病史時，一般均以時間先後決定記載之次序。但在病情複雜、各種疾病相互影響時，可能最好以問題為導向(problem-oriented)的思考和記錄方式較容易清楚理出來龍去脈。
- 從過去病史中思考，與現在的病有無關聯
- 內容包括診斷依據、如何醫治(用藥情形)，療效好壞
- 手術不但要敘述手術之時間，最好能問出診斷、有無切除器官、有無輸血、住院多久
- “藥物史”需特別著重過去對藥品的過敏反應。

過敏史 Allergy

常見缺點:

- 於舊病歷首頁、住院病歷、門診記錄、病人床頭卡之過敏記錄不一致
- 應確實記錄於舊病歷、住院病歷、門診記錄、病人床頭卡，且告知病人
- Unknown drug → 試圖取得何種藥物

住院記錄(Admission Note)

家族史(family history)

- 絕對不可以用 non-contributory 來敘述家庭史(至少知道家裡有那一些人。)
- 主要是看病人親屬間有無遺傳與接觸性/感染性疾病
- 家族史包括家族譜的繪畫，至少需記錄三代。
- 配偶/共同居住的家屬更為重要。

○ 為男， i 為女；  是指病人；  是指罹相同疾病的家屬；TV 是指已去世的家屬。

家族史、旅遊接觸史

FAMILY HISTORY

• 兄: 1 弟: 0 姐: 0 妹: 0 雙胞胎: 0 兒子: 0 女兒: 0

- 家族性疾病傾向: Hyperthyroidism, 外婆, 阿姨, 表哥.

Travel History

- To 花蓮 at the time of August, 2006

Contact History

- No

旅遊史與接觸史

- 一定要問旅遊史。全世界都在擔心H1N1或禽流感之發生-好好問旅遊旅史、可能會早日發現，早日隔離
- At least you should record previous tours to other countries within one year
- Pay attention to communicable diseases and water hygiene in these countries
- 特別是不妥當及不安全的性行為
- Any TB patient in the family

器官系統評估

- 常見缺點為Copy and Paste
 - 一定要review由頭問到腳。一個系統簡單問3-4項也可
- 有問有回答才紀錄。電腦不可以自動產生(一)的結果
 - 疾病主系統上之症狀，越詳細越好
 - 生活上的相關事項也一定要列入

住院記錄(Admission Note)

理學檢查 (physical examination; PE)

- General appearance: 描述 Nutritional state
身體檢查容易被忽略的
- Consciousness level 沒有寫清楚
- 沒有量體重及BMI (要問體重的變化)
- Heart: 只紀錄no murmur未紀錄心臟是否肥大
- 沒有作肛門指診
- 沒有描述皮膚變化，包括ecchymosis, thrombophlebitis以及搔抓痕跡
- 未檢查趾間，看香港腳，或有潰爛病變
- 要詳細描述positive findings及 negative findings

住院記錄(Admission Note)

影像學及實驗室檢查(image and laboratory)

- 影像檢查的結果，應練習以徒手畫出，並標示出有變化處，加以文字說明。
- 檢查結果之記載，要記述檢查日期、主要變化或一系列變化。

住院記錄(Admission Note)

臆斷(impression)

- 診斷應儘量完整，除了病名外最好能加上生理功能敘述
- 臆斷之後宜有「鑑別診斷」，列舉主要的、不能忽略的、可能會很快致命的疾病。
- 診斷應與主訴、現病史及理學檢查一致

問題處置及治療計劃 (Plan to do)

- 針對問題列表所示之問題點，須制定對每個問題的診斷、治療，病人教育的計劃，且將必要的事項記載於住院記錄的”Plan to do”等。其內容包括

(1) **診斷計劃**: 鑑別診斷以及為了確定診斷或除外診斷所
須的檢查

(2) **治療計劃**: 解決每個問題所必要之處置、藥物治療、
外科治療等

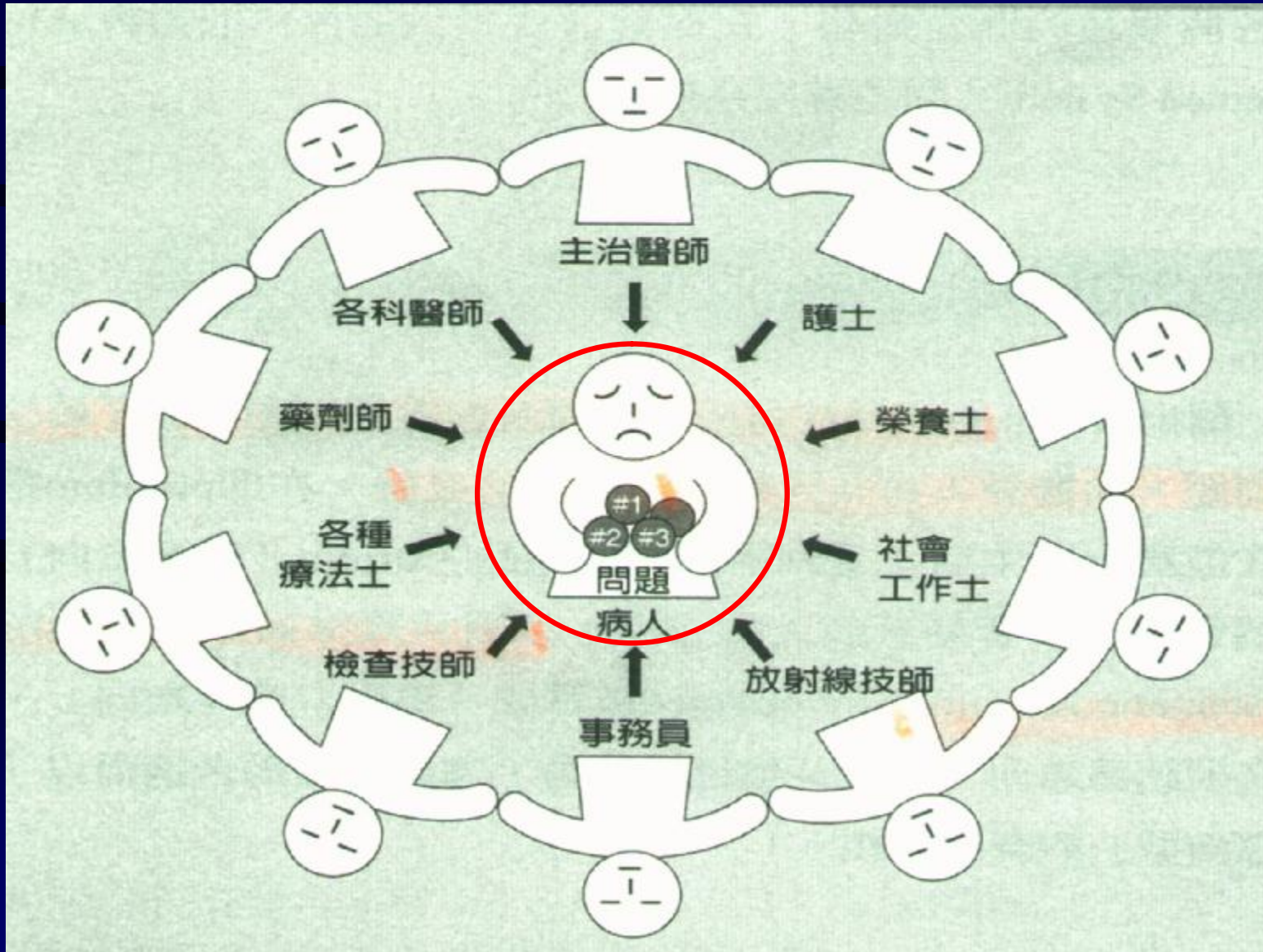
(3) **衛教計劃**: 病情、相關檢查或治療(同意書)的說明

臆斷(impression)及處置治療計劃 (Plan to do)

Impression (Assessment)

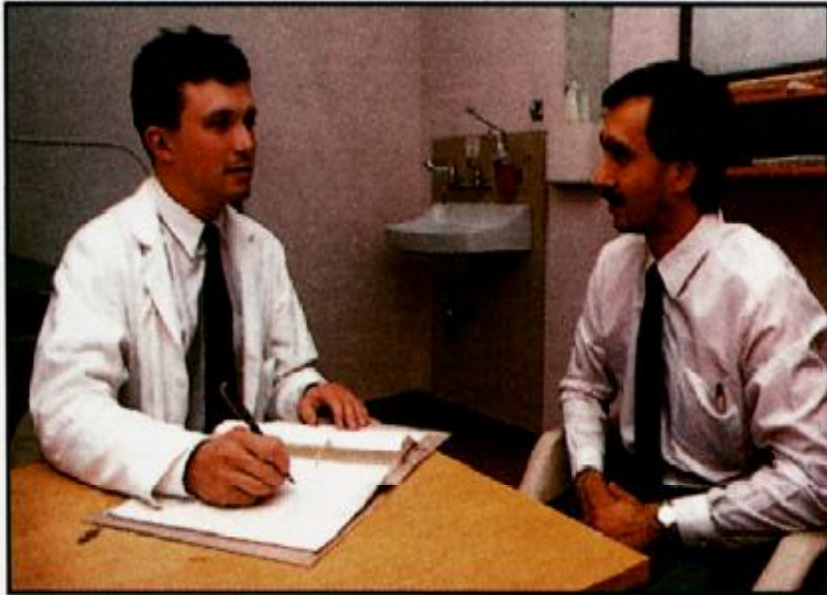
- Impression 1
 - Fever, suspect viral infection, autoimmune disorders, or hematological diseases
suspect Dengue fever, Infectious mononucleosis, TB (?), Rickettsial infection
- Impression 2
 - Abnormal liver function test, hepatocellular damage
 - Plan to do
 1. Check HBsAg, anti-HAV IgM, anti-HCV, Heterophil (for EBV), ANA
 2. May check ASMA, IgG, and even liver biopsy if progressive deterioration of liver function without definite diagnosis
 3. Check r-GT and Prothrombin time
- Impression 3
 - Thrombocytopenia, suspect infection-related, or bone marrow disorders
 - Plan to do
 1. Follow-up CBC/DC (hematology lab.), and may check DIC profiles if PT prolongation
 2. May consult hematologist for further evaluation
 3. Work-up for underlying disease
 4. Blood component transfusion if severe thrombocytopenia or bleeding tendency

住院診療記錄應以 病人問題為導向的醫療記錄(POMR)



The structure of POMR

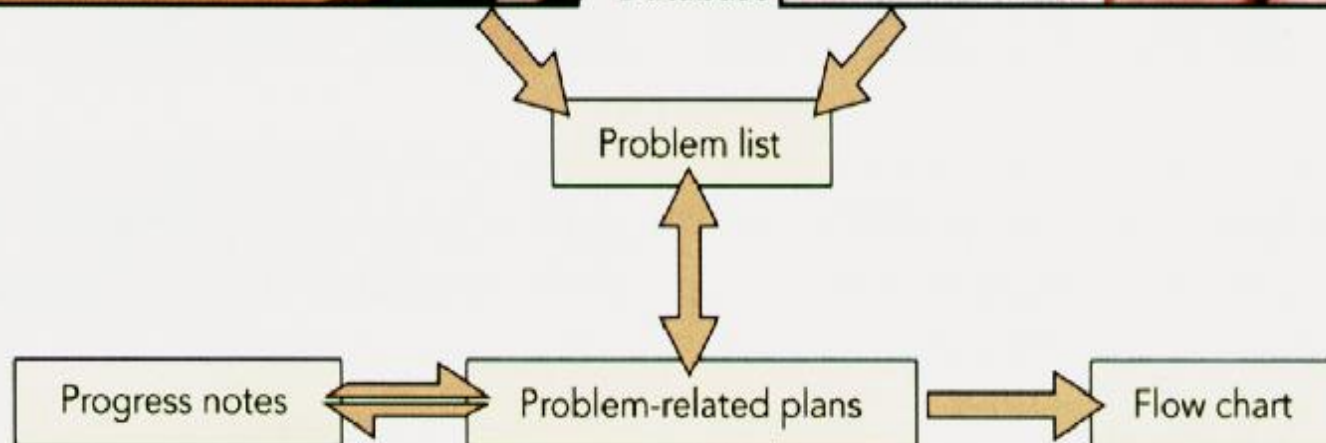
History



Examination



Database



問題列表

問題名稱

- 醫學的問題:

病名、診斷名: 高血壓、糖尿病、痛風、右髌骨骨折

症狀: 重聽、胸痛、頻脈、吐血、血尿、體重減少

理學檢查異常所見: 下肢浮腫、腹水、頸部淋巴節腫大

檢查所見異常值: 高血糖、心房顫動、右肺尖結節陰影

既往手術名: 膽囊摘出術、子宮摘出術、人工關節置換

身體障礙: 視覺障礙、聽覺障礙、言語障礙、肢體障礙

- 習慣/危險因子: 飲酒、吸煙、藥物依賴、肥胖、職業病
- 心理的問題: 抑鬱、不安、精神壓力、癌恐怖症
- 社會的、家庭的問題: 失業、分居、夫妻失和

- 活動性問題：須隨時修正且載入日期
- 新產生之活動性問題也須隨時載入

台中榮民總醫院

問題列表(Problem List)

病床 姓名 病歷號 年齡 性別

No.	Problem/Diagnosis	Time or duration	Active / Inactive	Date of inactive	Signature (中文姓名)

POMR: 問題列表

活動性 (active):

待解決, 未完全解決;

已解決, 但仍需嚴密監控

非活動性 (inactive):

已解決;

未完全解決, 但病程穩定, 不需進一步檢查或改變處置

活動性 ↔ 非活動性

依問題的緊急性或嚴重度, 決定其優先順序(問題號碼)

病程記錄(Progress Note) POMR ((Problem + SOAP)

新制醫院評鑑要點

- 先記入日期、時間(時分)
- 問題題號
- 問題名稱
- 下面列出SOAP

病程記錄: POMR+SOAP 之標準寫法

Progress Note

2006-10-16 am 10:20

#1 Anemia

S: (病人自身主觀對問題的陳述、症狀徵象)

O: (醫師自病史、身體診察、與診斷性檢驗，所搜集之客觀資料)

A: (臆斷、診斷依據、病況之評估、病情的發展/治療的效果)

P: (為解決問題，計劃將採取之步驟。)

病程記錄:POMR+SOAP 之實例

< Progress Note >

94.7.20 # Problem 1 & 2 (Chest pain and fever)

1002

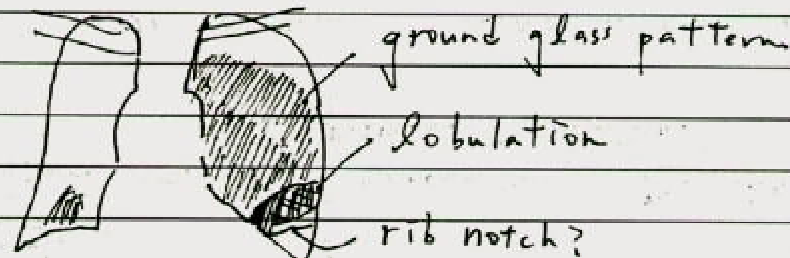
S = Chest pain resolved, but chills persisted
Amount of sputum = ↓

O = Vital sign = T/P/R = 37.4/100/24
B.P. = 126/77

Chest =

↓ breathing sound over left lower lung field
egophony ⊕ ⊕
diminished chest expansion ⊕

CXR.



A = pneumonia & parapneumonic effusion

P = Arrange chest tapping for diagnosis
if empyema was noted → chest tube insertion

病程記錄: SOAP

- S: 病人的陳述、自覺症狀或發生的事件
以貧血(Anemia) 為例
- Dose the patient have any symptom of anemia ?
--easy-fatigability/weakness, dizziness, palpitation or anorexia
- Dose the patient report blood loss ?
--hematemesis/melena, hemoptysis, hematuria, hemorrhoid
- Dose a female patient report an abnormal menstrual cycle ?
- Dose the patient have unusual cravings (pica) ?
- Dose patient have other conditions associated with anemia?
--chronic diseases, lead exposure, GI surgery, alcohol use
- Is there a family history of blood disorders ?
- Review medications which can cause BM suppression

病程記錄: SOAP

O: 醫師護士施行之觀察與診察所見、或相關檢驗結果

- 以貧血(Anemia) 為例
- **Perform PE:** general appearance, conjunctival pallor, LN, heart murmur, splenomegaly, rectal examination, brittle nail
- **Evaluate the results of CBC with differential count**
- MCV: microcytic (MCV <80), macrocytic (MCV >100)
- MCHC: hypochromic (MCHC<30), hyperchromic (>37)
- RBC morphology: schistocyte, target cells, teardrop cells
- Reticulocyte count %: RI (retic% x patient's Hct/45)
- Look for markers of hemolysis (↑ LDH, ↑ ind bilirubin)

病程記錄: SOAP

- **A (Assessment):** 不能只寫 Impression
 - (1) 應記載於 S 與 O 的內容所做的判斷(包括鑑別診斷) 及診斷依據
 - (2) 每個活動性問題的診斷及已接受的治療
 - (3) 主治醫師對病情的進展及對治療效果的評估 → 須以 EBM 為準則, 參照 Guideline 或相關文獻
 - (4) 對治療、處置的變更/中止, 則記載其理由(如 抗生素)
 - (5) Psychosocial evaluation 心理及家庭社會之影響

病程記錄: SOAP

- **A (Assessment):**以貧血(Anemia) 為例
- 鑑別診斷
 - Microcytic, normocytic, or macrocytic
- 病因
 - Hemolytic anemia, iron-deficiency anemia (blood loss), thalassemia, anemia of chronic disorder
- 診斷及治療之依據
- 評估病情的指標
- 病情的進展及對治療效果的評估

一定要作評估，特別是治療有沒有效

- 評估前要有評估指標
- 依據指標，評判治療之效果
- 如果無效，就要考慮
 - (1) 診斷對嗎？
 - (2) 治療方式，應該改變，如果不改變，也要有理由
- 三天沒有進步，表示病情不樂觀，考慮更換治療方式
- 七天沒有進步，表示危急、緊張。要小心謹慎，更多次探訪病情，並多與家屬溝通，寫好紀錄

病程記錄: SOAP

- P: 記載對診斷、治療、處置與病人衛教的方針
- 以貧血(**Anemia**) 為例
- If hemodynamically unstable, the patient should be monitored closely and BT if blood loss
 - => Place two large-bore IV lines, provide aggressive fluid supplement, blood typing & cross matching
- If hemodynamically stable, work up the underlying cause and treat it

告知病情及病人家屬反應， 應記入病歷

• 住院診療計畫

向病人適當說明病情及治療方式、特殊檢查、特殊治療及處置

• 任何意外或病情變化都會儘速紀錄(立即告知、告知後要紀錄)

• 檢查結果及治療效果

• 病人病情陳述及各項要求，醫師要回答及紀錄

• 輸血說明、會診結果

• 關於手術及麻醉

• 換班或值班注意事項

將醫學倫理法律融入臨床實務 (IDP及Four Boxes記錄)

- **Issue:**

- 臨床照顧病患，所遭遇的醫學倫理與法律爭點

- **Discussion:**

- 針對該特定個案，對爭議點進行討論
- 主治醫師 vs. 病患
- 主治醫師 vs. 住院醫師
- 不同的角度討論 (四象限Four Boxes)

- **Plan:**

- 經過討論後，針對該爭點的臨床計畫
 - 醫療決定 及 說明的方向
 - 病患後續的住院安排

侵入性檢查之記錄 (一定要寫明時間)

- **Procedure done:** spinal tapping. (腰椎穿刺)
- **Indication:** To rule out CNS infection; eye ground showed no signs of increased ICP, and cranial CT showed no mass.
- **Consent form obtained** after thorough explanation to patient in the presence of RN Chen YJ and the patient's mother.
- **Local anesthesia** with 2% Xylocain, 5 mL.
- 22 G spinal tap needle was inserted through the space between L3-L4 without problem.
- CSF, crystal clear, 2 Ml each, was withdrawn into four tubes. One sent for antigen studies(....), culture, and smears; one sent for chemistry; one for cell counts;and the last one for STS/VDRL.
- OP:110mmHg; and CP:100 mmHg.
- **There was no complication and the patient tolerated the procedures well.**
- **The patient was instructed** to lie on his back for 8 hours.
- Simultaneous blood sugar has been drawn.

交接班摘要(Off Service Note; On Service Note)

由於原照顧住院醫師對病人之瞭解比較深刻，由他記錄最為恰當，口頭交班常會忘記或忽略，有文字記載比較好，而且也可以方便日後查閱。

而接班的醫師，聽了前住院醫師的報告之後，也看了Off Service Note，再親自診察，一定對病人有相當之認識，再寫成之On Service Note將可以幫助自己瞭解病人！

病程記錄 (Progress Note)

- 主治醫師在病人住院後要儘快前往診視。 開立醫囑，並作病情說明。(主治醫師太忙，有「看」但沒有寫，請R代敘述一下)
- 病情變化及治療效果
- 檢查及檢驗之結果
- 照會結果及建議
- 值班交代事項、值班紀錄
- 任何意外事件及其處理
- 有關疾病預後之說明
- 對所有侵襲性之診療作適當告知，並在同意後施行
- 有關病家之疑問之說明及請求之回應

出院病歷摘要(Discharge Note)

對病人在住院中診斷及治療之主要記錄，其中最重要的部份包括：

- a. 主要病狀
- b. 主要理學變化
- c. 主要檢驗，特別是有關診斷的主要根據
- d. 主要診斷及相關變化(如合併症，特殊全身狀態等)
- e. 處理經過及特殊記載
- f. 出院後之建議：包括繼續服藥之內容，下次門診之日期，生活上指導等

病歷修改或指正

- 醫療法第68條第2項
- 病歷或紀錄如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及加註年、月、日：刪改部分應以畫線去除，不得塗毀(修正液)
- 教學醫院或接受實習之醫院，因基於考慮教學之需要，醫療機構負責指導醫師於親自診療病人後，得視病人病情需要，經知會原診治醫師後，刪添原診治醫師醫囑、檢查項目、診療方法及其用藥，惟應簽名以示負責 (79.2.7衛署醫字第857518號函及79.6.15衛署字第872679號函)

簽名或蓋章

- 自己寫的紀錄一定要親自簽名。簽名要能清晰可辨，如簽名較難辨識請再蓋章
- 病歷如有修改也請一定簽章並請註明日期
- 主治醫師，修改或增刪所屬之R，Interns，或實習醫學生時務必向對方說明(指導)及簽名
- 有NSP協助的醫院，請不要把醫師章交給NSP用
- 病歷記錄中，醫師蓋章或簽全名均為合法之方式，唯手術同意書及麻醉同意書，由於手術及麻醉系侵入性行為，需更為審慎，為保護醫師病患權益，故親師應親自簽名

2.2 住院醫師教學訓練計畫

2.2.7 <u>必要</u>	住院醫師病歷寫作 (含入院病歷、住院過程病歷、出院病歷摘要及門診病歷) 完整且品質適當
2.2.8 <u>必要</u>	主治醫師對住院醫師之病歷記載應有複簽及必要時與予指正或評論
2.2.9 <u>必要</u>	具有完善之住院醫師教學及學習成果評估及教與學雙向回饋機制
2.2.10	住院醫師之安全防護訓練適當
2.2.11	住院醫師之專科醫師考試及格率適當
2.2.12	住院醫師訪談及評估結果良好

必2.2.7住院醫師病歷寫作(含入院病歷、住院過程病歷、 出院病歷摘要及門診病歷)完整且品質適當

醫院應落實病歷紀錄並與病人實際情形相符:

C:住院醫師所寫病歷內容及品質尚可。

B:住院醫師所寫病歷符合標準，內容完整且品質良好。

A:住院醫師所寫病歷符合標準，內容完整且品質優良。

1.評鑑委員現場調閱之病歷為住院醫師所書寫之病歷。

2.所抽查病歷若**50%以上**有下列**2種**情況者評量為不合格:

(1)所有病歷內容皆為複製前次內容，且完全未針對病程變化加以修改者。

(2)身體或器官系統之相關檢查或檢驗結果，僅以符號勾選，對於positive finding未加註明者。

必2.2.7住院醫師病歷寫作(含入院病歷、住院過程病歷、出院病歷摘要及門診病歷)完整且品質適當 (續)

完整病歷紀錄內容應包含如下:

¥入院病歷:

- 1.病人之年齡、性別、職業、婚姻狀態、族群等基本個人資料之紀錄。
- 2.主訴扼要有重點。
- 3.現況病史各項問題及病情依時序完整記錄，並呈現其對病史、病徵及綜合歷程之思考、以及分析有關之重要資料。
- 4.過去病史、器內系統評估、社會關係史、家族史、過敏史等完整無缺。
- 5.身體檢查(physical examination)記錄身高、體重、血壓、體溫、呼吸、心跳等資料。
- 6.各器官系統之身體檢查完整，並有紀錄。
- 7.有完整之初步診斷、診療計畫及問題導向之病歷紀錄
(POMR)

必2.2.7住院醫師病歷寫作(含入院病歷、住院過程病歷、出院病歷摘要及門診病歷)完整且品質適當
(續)

¥住院過程病歷:

- 1.每日應有前後連貫性之病情記錄。
- 2.依問題導向、病歷紀錄書寫完整(POMR)。
- 3.開立檢驗合理未濫用，結果應解讀，影像檢查結果應描繪。
- 4.治療用藥合乎規範，無濫用抗生素、胃腸藥、軟便劑、鎮靜劑、血液成分等。
- 5.轉科、轉病房(如加護病房)、輪班換人及超期住院者均應有病情摘要。

必2.2.7住院醫師病歷寫作(含入院病歷、住院過程病歷、出院病歷摘要及門診病歷)完整且品質適當
(續)

¥ 出院病歷摘要:

1. 所有住院病歷之摘要
2. 住院過程
3. 檢查結果
4. 最後診斷
5. 出院計畫(包括轉診)

¥ 門診病歷:

1. 初次看診紀錄完整
2. 初次病歷品質佳(病情之陳述具連貫性-如progress notes)。
3. 開立之檢驗合理
4. 治療之品質佳
5. 不可全為Ditto

必 2.2.8 主治醫師對住院醫師之病歷記載應有複簽及必要時予以指正或評論

C: 所抽查病歷中50%以上，主治醫師對住院醫師之病歷記載有複簽及必要時予以指正或評論。

B: 符合C項，且主治醫師有對住院醫師進行病歷教學，並有具體教學方式及內容，且所抽查病歷中75%以上，有複簽及必要時予以指正或評論。

A: 符合B項，且醫院有加強住院醫師病歷書寫能力之教學活動，且主治醫師對病歷記載之評論、建議及複簽執行成效良好，且所抽查病歷中**100%有複簽及必要時予以指正或評論**。

病歷寫作的現況與問題

- 病歷寫作常見缺點

- 病歷首頁

- Final diagnosis與Discharge summary不一致

- 無血型及過敏史(或不詳盡)

- 住院病歷封面

- 缺少醫師簽章

- 紀錄不全

- 診斷用英文縮寫

病歷寫作的現況與問題

- **TPR sheet**

- 看不出主要治療藥物之期程(duration)、開刀日期及各種突發事件(如:昏迷、seizure等)

- **Order sheet:**

- 主治醫師沒有簽名與蓋章、字跡潦草

- 塗改醫囑

- 缺藥物單位含量或沒有書寫劑量

- 點滴沒有注明注射量或時間

病歷寫作的現況與問題

- Admission Note:

• Chief Complaint (CC)

- 未註明 duration 或 mode of onset

• Present Illness (PI)

- 常見以流水帳方式紀錄，看不出實際病程變化
- 缺少目前用藥資料 (current medication)
- 「copy & paste 的濫用」等於「變相的 ditto」

• Past Medical History (PH)

- 內容過份簡單，遺漏重要病史，如：開刀或其他嚴重疾病等。

病歷寫作的現況與問題

-Admission Note:

YReview of systems

- 病歷紀錄為制式電子檔，與病人情況不符
- positive findings沒有進一步說明

YPhysical examination (PE)

- Vital signs不全，只填寫制式電子檔，未深入針對病人實際問題進行評估
- 檢查結果只填寫(+)或(-)，無法判讀
- positive findings沒有進一步說明或圖示

病歷寫作的現況與問題

-Progress Note:

Y書寫內容都以電子檔複製，千篇一律看不見病程進展，與病人實況有出入。

Y對各種檢查或處置沒有說明其必要性或紀錄結果及對診斷和治療之影響。

Y沒有對會診結果做紀錄或表示意見。

病歷中未有主治醫師書寫的迴診紀錄(weekly summary)

Y書寫者為實習醫學生或住院醫師時，缺少指導醫師之訂正及簽名或蓋章。

病歷寫作的現況與問題

-Discharge Summary:

• 出院診斷未包括所有的主診斷及次診斷

• 病史複製自 Admission note，未書寫住院之病程變化

• 無出院時情況評估及出院指示

• 書寫者為實習醫學生或住院醫師時，缺少指導醫師之訂正及簽名或蓋章