

ICS 点击此处添加 ICS 号

CCS 点击此处添加 CCS 号

T/BS

江苏省中西医结合学会团体标准

T/XXX XXXX—XXXX

中西医结合康复病历书写规范

Standardized Medical Record Writing Specifications for Integrated Traditional
Chinese and Western Medicine Rehabilitation

(工作组讨论稿)

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX - XX - XX 发布

XXXX - XX - XX 实施

发布

目 次

前言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 基本要求	1
5 门诊病历	2
6 住院病历	2
7 其他	6
8 质量控制	6
附录 A（资料性） 中西医结合康复门诊病历格式	8
附录 B（资料性） 中西医结合康复入院记录格式	10
参考文献	11

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由江苏省中西医结合学会提出并归口

本文件起草单位：江苏省第二中医院、江苏省中西医结合学会康复医学专委会、南京中医药大学、常州市中医医院、连云港市中医院。

本文件主要起草人：邵伟波、黄亚博、殷立平、薛晓杰、强降雨叶、吴云川、吕志刚、杨州。

中西医结合康复病历书写规范

1 范围

本标准规定了中西医结合康复病历书写的基本要求、内容格式、质量控制等要求。
本文件适用于全省各级中医医院、中西医结合医院及开展中医康复诊疗服务的医疗机构。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 46939-2025 中医体质分类与判定
GB/T 15657-2021 中医病证分类与代码
DB34/T 5214-2025 综合医院康复治疗服务规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

病历 Medicalrecords

医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门(急)诊病历和住院病历。

3.2

中西医结合康复病历 Integrated TCM-Western Medicine Rehabilitation Medicalrecords

以功能和功能障碍为核心，结合现代康复医学方法的基础上，充分体现中医辨证施治的特色优势，集康复评定、康复治疗、康复预防为一体，记录患者康复诊疗全过程的医疗文书。

3.3

功能诊断 Functional Diagnosis

通过对患者的运动、感觉、认知、言语、吞咽、个体能力、社会参与等方面的功能评估而进行的对身体功能、活动能力及参与限制（基于ICF理念与中医辨证学）的标准化描述。

3.4

中医特色评估 TCM-Specific Assessments

基于中医辨证学基础的整体与局部功能分析，包括八纲辨证、脏腑辨证、体质辨识、经络功能分析、证候评分等体现中医康复特色的评估内容。

3.5

中医方法学康复治疗 TCM-Rehabilitation Therapy

基于功能辨证基础上而选择的针对性中医学治疗学方法，包括中药内治和外治、针法、灸法、推拿、中医运动学、中医营养学等多种方法与技术。

4 基本要求

4.1 原则

客观、真实、准确、及时、完整、规范。

4.2 内容

基本书写方式、用语、修改方式、审签方式、同意书签署等按照《中医病历书写基本规范》（国中医药医政发〔2010〕29号）的规定执行。

4.3 诊断

- 4.3.1 病历书写中涉及的诊断，包括中医诊断、西医诊断和功能诊断。
- 4.3.2 中医诊断包括疾病诊断和证候诊断。
- 4.3.3 根据 ICF 诊断编码进行功能诊断。

5 门诊病历

5.1 内容

包括门诊病历首页、病历记录、化验单（检验报告）、医学影像检查资料等。

5.2 首页

- 5.2.1 门诊病历首页内容应包括患者姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、文化程度：工作单位、联系方式、既往史、过敏史等项目。
- 5.2.2 门诊手册封面内容应包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、联系方式、药物过敏史等项目。

5.3 病历记录

分为初诊病历记录和复诊病历记录。门诊病历格式参见附录A。

- 5.3.1 初诊病历记录应包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史，家族史，中医四诊，阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果、专科评定结果，诊断及治疗意见和医师签名等。
- 5.3.2 复诊病历记录应当包括就诊时间、科别、中医四诊，必要的体格检查和辅助检查结果、专科评定结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

5.4 记录时间

应由接诊医师在患者就诊时及时完成。

6 住院病历

6.1 内容

住院病历内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、康复评定记录、康复治疗记录、各种知情同意书等。

6.2 入院记录

患者入院后，由经治医师通过望、闻、问、切及查体、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析书写而成的记录。入院记录格式参见附录B。

6.2.1 分类及完成时限

- 6.2.1.1 分为入院记录、再次或多次入院记录、24 小时内入出院记录、24 小时内入院死亡记录。
- 6.2.1.2 入院记录、再次或多次入院记录应于患者入院后 24 小时内完成；24 小时内入出院记录应于患者出院后 24 小时内完成，24 小时内入院死亡记录应于患者死亡后 24 小时内完成。

6.2.2 入院记录书写

6.2.2.1 患者一般情况

患者一般情况内容包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院时间、记录时间、发病节气、病史陈述者。

6.2.2.2 主诉

促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。

6.2.2.3 现病史

现病史入院记录书写包括但不限于发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病以来诊治经过及结果、发病以来一般情况以及其他情况，具体如下：

- 记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因；
- 突出致残性疾病的发生发展过程，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，强调功能障碍情况；
- 记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状、主要功能障碍之间的相互关系；
- 记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与临床治疗、康复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；
- 结合十问简要记录患者发病后的寒热、饮食、睡眠、情志、二便、体重等情况；
- 与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。

6.2.2.4 既往史

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。

6.2.2.5 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。

6.2.2.6 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。女性患者记录经带胎产史，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、痛经及生育情况。

6.2.2.7 家族史

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。

6.2.2.8 辨病、辨证、辨因分析

辨病、辨证、辨因分析应依据以下要求进行：

- 根据主诉、病史及辨象要点，进行综合分析。
- 望、闻、切诊应当记录神色、形态、语声、气息、舌象、象等，以确定中医证型。

6.2.2.9 体格检查

应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），直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统等。

6.2.2.10 专科评定情况

应根据专科需要记录专科特殊情况，包括意识、运动、感觉、认知、言语、吞咽、个体能力、社会参与能力等，覆盖组织器官功能、个体活动能力、社会参与能力三个层面的功能和能力状况。

6.2.2.11 辅助检查

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，应写明该机构名称及检查号。

6.2.2.12 初步诊断

经治医师根据患者入院时情况，综合分析所作出的诊断，需包含中医诊断、证型诊断和西医诊断、功能诊断。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。

6.2.2.13 书写入院记录签名

由书写入院记录的医师签名。

6.2.3 再次或多次入院记录

患者因同一种疾病再次或多次住入同一医疗机构时书写的记录。要求及内容基本同入院记录。主诉是记录患者本次入院的主要症状（或体征）及持续时间；现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院康复经过进行小结，然后再书写本次入院的现病史。

6.2.4 24小时内入出院记录及入院24小时内入院死亡记录

按照《中医病历书写基本规范》（国中医药医政发〔2010〕29号）的规定进行书写。

6.3 病程记录

6.3.1 首次病程记录

患者入院后由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录，应当在患者入院8小时内完成。首次病程记录的内容包括病例特点、拟诊讨论（诊断依据及鉴别诊断）、诊疗计划等。

6.3.1.1 病例特点

突出中医辨证要点，应对病史、四诊情况、体格检查、专科评定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。

6.3.1.2 拟诊讨论（诊断依据及鉴别诊断）

根据病例特点，提出初步诊断和诊断依据；对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析；并对下一步诊治措施进行分析。诊断依据包括中医辨证依据与西医诊断依据，鉴别诊断包括中医鉴别诊断与西医鉴别诊断。

6.3.1.3 诊疗计划

提出具体的检查、中西医治疗措施及康复治疗方案等。

6.3.2 康复评定及治疗记录

康复评定及治疗记录是指由康复医生、康复治疗师、康复护理，通过康复小组讨论形式，对患者临床资料、康复评定结果进行归纳、分析、整理，形成功能诊断、找出主要康复问题，进一步制定康复目标与治疗计划而产生的文书记录。病程记录中进行专项记录，应有康复医师签名及上级医师审签，并填写记录日期。

6.3.2.1 初期康复评定及治疗记录

初期康复评定及治疗记录的书写时限性与书写要点如下：

——原则上在患者入院48小时内完成；

——书写要点如下：

- 1) 由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持、召集康复医师、康复治疗师、康复护理进行讨论。
- 2) 内容包括讨论日期、地点、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等。
- 3) 管床医师汇报临床病史及功能诊断。
- 4) 康复护理汇报护理问题及措施，包含护理评估、康复护理诊断、主要护理问题、康复护理目标及康复护理措施。
- 5) 康复治疗师汇报康复问题及治疗计划，包含功能评估结果、主要康复问题、康复治疗目标及康复治疗措施。
- 6) 临床医师进行中医康复评估，包含中医证候分析、中医体质辨识、中医经络辨识、中医营养评估等，提出临床康复目标，制定临床康复目标及康复治疗方，包括：中药处方、针灸推拿、中医外治、中医膳食指导、中医运动疗法、中医情志调摄等。

- 7) 上级医师总结关键问题及注意事项，包含关键康复问题、康复目标优先级、综合康复方案、及康复注意事项。

6.3.2.2 中期康复评定及治疗记录

中期康复评定及治疗记录的书写时限性与书写要点如下：

- 在患者进行康复治疗 2 周后内完成；
- 评估前期康复治疗效果，通过对临床症状改善情况、功能评估对比、中医证候变化等进行分析总结，评估患者短期目标完成及计划执行的情况，要注重功能的改变，及时调整康复目标，重新制定相应的治疗计划。

6.3.2.3 末期康复评定及治疗记录

末期康复评定及治疗记录的书写时限性与书写要点如下：

- 在患者 4 周后或出院时完成末期康复评定及治疗记录；
- 通过康复评定进行整体康复治疗效果的评估，应包括运动能力、生活自理能力、工作社交能力等相应的功能方面，主要是评估患者前期目标完成及计划执行的情况，要注重功能的改变，并根据患者的转归，提出治疗建议，制定出院指导计划。

6.3.3 日常病程记录

6.3.3.1 对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。

6.3.3.2 由经治医师书写，也可由实习医务人员或试用期医务人员书写，但应有经治医师签名。书写日常病程记录时，首先标明记录时间，另起一行记录具体内容。

6.3.3.3 对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少 1 次，记录时间应当具体到分钟。对病重患者，至少 2 天记录一次病程记录。对病情稳定的患者，至少 3 天记录一次病程记。

6.3.3.4 日常病程记录应反映患者功能改变情况、康复治疗实施情况、四诊情况及治法、方药变化及其变化依据等。

6.3.4 上级医师查房记录

6.3.4.1 上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

6.3.4.2 主治医师首次查房记录应当于患者入院 48 小时内完成。内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、理法方药分析、诊断依据与鉴别诊断的分析及临床治疗计划、康复治疗计划等。主治医师日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

6.3.4.3 科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格医师查房的记录，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情和理法方药的分析及诊疗意见等。

6.3.5 疑难病例讨论记录

6.3.5.1 由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持、召集有关医务人员对确诊困难或康复治疗效果不佳、功能恢复较差的病例进行讨论的记录。

6.3.5.2 内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等。

6.3.6 交（接）班记录

6.3.6.1 患者经治医师发生变更之际，交班医师和接班医师分别对患者病情及临床治疗情况、康复治疗情况等简要总结的记录。

6.3.6.2 交班记录应当在交班前由交班医师书写完成；接班记录应当由接班医师于接班后 24 小时内完成。

6.3.6.3 交（接）班记录的内容包括入院日期、交班或接班日期、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、交班注意事项或接班诊疗计划、医师签名等。

6.3.7 转科记录

6.3.7.1 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。

6.3.7.2 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。

6.3.7.3 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。

6.3.8 阶段小结

6.3.8.1 患者住院时间较长，由经治医师每月所作病情及诊疗情况总结。

6.3.8.2 阶段小结的内容包括入院日期、小结日期，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、现存康复问题、目前诊断、康复治疗计划、医师签名等。

6.3.8.3 交（接）班记录、转科记录可代替阶段小结

6.3.9 抢救记录

按照《中医病历书写基本规范》（国中医药医政发〔2010〕29号）的规定进行书写。

6.3.10 有创诊疗操作记录

6.3.10.1 在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作(如吞咽造影、纤维喉镜等)的记录。

6.3.10.2 应在操作完成后即刻书写。

6.3.10.3 内容包括操作名称、操作时间、操作步骤、结果及患者一般情况，记录过程是否顺利、有无不良反应，操作后注意事项及是否向患者说明，操作医师签名。

6.3.11 会诊记录(含会诊意见)

按照《中医病历书写基本规范》（国中医药医政发〔2010〕29号）的规定进行书写。

6.3.12 出院记录

6.3.12.1 经治医师对患者此次住院期间康复情况的总结。

6.3.12.2 应当在患者出院后 24 小时内完成。

6.3.12.3 内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、康复经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、中医调护、出院康复指导、医师签名等。

6.3.13 死亡记录及死亡病例讨论记录

按照《中医病历书写基本规范》（国中医药医政发〔2010〕29号）的规定进行书写。

7 其他

7.1 病案首页

住院病案首页应按照《国家中医药管理局关于修订印发中医住院病案首页的通知》（国中医药发〔2001〕6号）的规定书写。

7.2 特殊检查、特殊治疗

特殊检查、特殊治疗按照《医疗机构管理条例实施细则》（1994年卫生部令第35号）有关规定执行。

8 质量控制

8.1 完整性要求

8.1.1 中医四诊完整率 $\geq 100\%$ 。

- 8.1.2 功能评估率 $\geq 100\%$ 。
- 8.1.3 功能诊断记录率 $\geq 100\%$ 。
- 8.1.4 中医康复处方比例 $\geq 95\%$ 。

8.2 书写规范

- 8.2.1 中医术语使用国家标准。
- 8.2.2 功能诊断需采用 ICF 诊断编码。
- 8.2.3 专科评定需体现中医特色评定内容。
- 8.2.4 治疗方案应体现中西医协同逻辑及中医特色。

附录 A
(资料性)
中西医结合康复门诊病历格式

A.1 中西医结合康复门诊病历格式见表 A.1 所示：

A.2 中西医结合康复门诊复诊病历格式表 A.2 所示：

表 A.1 中西医结合康复门诊病历格式

姓名：	性别：	年龄：
民族：	婚姻：	职业：
文化程度：	工作单位：	联系电话：
主诉：		
现病史：		
既往史：		
过敏史：		
家族史		
体格检查：		
中医四诊：		
专科评定：		
辅助检查：		
中医诊断：		
证型诊断：		
西医诊断：		
功能诊断：		
临床治疗措施：		
康复治疗措施：		
健康教育处方：		
医师签名：		
年 月 日		

表 A. 2 中西医结合康复门诊复诊病历格式

姓名:	性别:	年龄:
民族:	婚姻:	职业:
文化程度:	工作单位:	联系电话:
主诉:		
现病史及病情变化情况:		
体格检查:		
中医四诊:		
专科评定对比:		
辅助检查:		
		中医诊断:
		证型诊断:
		西医诊断:
		功能诊断:
临床治疗措施:		
康复治疗措施:		
健康教育处方:		
		医师签名:
		年 月 日

附 录 B
(资料性)
中西医结合康复入院记录格式

B.1 中西医结合康复入院记录格式见表 B.1 所示：

表 B.1 中西医结合康复入院记录格式

姓名： 性别： 年龄： 婚姻： 出生地： 民族： 发病节气：	职业： 工作单位： 住址： 供史者/照护者： 入院日期： 记录日期：
主诉：	
现病史：	
既往史：	
过敏史：	
个人史：	
婚育史：	
家族史：	
中医四诊：	
体格检查：	
专科评定：	
辅助检查：	
初步诊断：	中医诊断： 证型诊断： 西医诊断： 功能诊断：
住院医师：	
年 月 日	
入院诊断：	中医诊断： 证型诊断： 西医诊断： 功能诊断：
主治医师：	
年 月 日	

参 考 文 献

- [1] 全国中医标准化技术委员会(SAC/TC 478). 中医体质分类与判定:GB/T 46939-2025[S]. 中国标准出版社, 2025.
 - [2] 全国中医标准化技术委员会(SAC/TC 478). 中医病证分类与代码:GB/T 15657-2021[S]. 中国标准出版社, 2021.
 - [3] 安徽省市场监督管理局. DB34/T 5214—2025 综合医院康复治疗服务规范[S], 2025.
 - [4] 卫生部国家中医药管理局. 中医病历书写基本规范(国中医药医政发(2010)29号)[Z]. 2010.
 - [5] 卫生部国家中医药管理局. 关于修订印发中医住院病案首页的通知(国中医药发(2001)6号)[Z]. 2001.
 - [6] 医疗机构管理条例实施细则(2017年2月21日)[M]. 医疗卫生法律政策全书:中国法治出版社, 2024.
 - [7] 世界卫生组织. ICF :国际功能、残疾和健康分类, 中文全文版. 日内瓦:世界卫生组织, 2001. 6.
-