

病歷書寫宣導

病歷管理委員會

113.1.9

吳雅汝 總幹事

大綱

- 病歷品質審查結果提報 (未達閾值項目)
- 病歷紀錄書寫的相關宣導

壹、病歷品質審查結果提報

一、住院中品質審查結果與注意事項

➤112年10月~12月審查結果-合格率低於90%項目

審查項目		評鑑依據
Progress Note	1.VS Note on Admission Day(主治醫師住院日巡迴紀錄) 或住院診療計畫書(2擇1)。	✓ 醫院評鑑 第2章(2.1.2、2.1.3)
	2.前項書寫內容應與實際病人住院後所施行之檢查項目相符。	
整本	1.主治醫師或教師對實習醫學生製作之病歷應予核閱，且給予必要之指正或評論。	✓ 教學醫院評鑑 第5章(5.1.5、5.3.5、5.7.5、5.8.5)
	2.主治醫師或教師對住院醫師(專科護理師)製作之病歷應予核閱，且給予必要之指正或評論。	✓ 教學醫院評鑑 第5章(5.1.5、5.3.5、5.7.5、5.8.5) ✓ 專師評鑑 第1章(1.2.2)

二、【住院診療計畫說明書】及【VS Note on Admission Day】書寫注意事項

✓ 書寫內容應與實際病人住院後所施行之檢查項目相符

● 住院診療計畫說明書

住院診療計畫說明書(肝臟疾病)

王 113/01/04 重 IC
U12 男 058/04/29
030 1 一般外科

上, 阿彌陀佛:
日 因 (症狀/診斷) 住院診

療。

您的主治醫師是: / 住院醫師: / 專科護理師

您此次住院, 初步診療計畫可能包括事項:

1 檢查及檢驗計劃

☐生化檢查 ☐腎功能 ☐一般血液項目 ☐凝血功能 ☐腫瘤指數 ☐糞便檢查
☐尿液檢查 ☐微生物檢查 ☐心電圖 ☐胸部X光 ☐腹部X光 ☐腹部超音波
☐內視鏡 ☐肺功能檢查 ☐心臟超音波 ☐電腦斷層 ☐血管攝影 ☐核磁共振
☐全身掃描 ☐正子攝影 ☒其他 CMV-DNA, Bc x 2

2 治療、手術及復健計劃, 以及代替性治療

★治療方式: ☒非手術治療: IV 1000 ☐手術治療: 術式

★術前配合禁煙、禁酒, 適量運動, 腸道準備, 術後配合醫院飲食計劃

★術後需提早下床活動並配合拍痰, 避免肺炎, 嚴重肺部感染會提高致死率

★術後傷口應保持清潔、乾燥 B-fluid

★替代性治療法: ☒無 ☐有 hyaline 100ml

3 初步預測效果及危險性

★治療預測結果 ☐治愈 ☒控制病情

★術後及麻醉常見合併症 ☐肺炎 ☐傷口感染 ☐出血 ☐膿瘍 ☐瘻管 ☐血栓
☐傷口裂開 ☐膽汁滲漏 ☐深部靜脈炎 ☐腦中風/心肌梗塞
☐其他

★初步評估手術治療危險性等級:
☐低(<5% 死亡率) ☐中(5%-30% 死亡率) ☐高(>30% 死亡率)

4 您的問題與醫師的回答

★目前的計畫是否會臨時改變呢?

回答: 本計畫只是根據您住院當時的狀況擬定, 我們會依您的病程變化做適當處置改變, 診療計畫如有改變, 也會向您進一步說明。

★住院期間我是否可以尋求第二專家意見呢?

回答: 可以的, 在您住院期間如有任何問題或是想尋求其他專家醫師意見, 歡迎您向您的醫師反應, 我們會妥善為您安排。並祝您早日康復!

★其他

5 本院為教學醫院, 在顧及您的安全及隱私下, 您可能成為教學的對象。

主治醫師 / 說明地點 1078 / 說明時間 113.1.4 12:00

對於以上說明, 我已充分了解, 並願意在診療過程中, 充分配合。

簽名: 如非病人本人簽名, 請註明與病人關係

E7C1222181-01

● VS Note on Admission Day

- VS Note on admission day(主治醫師住院日巡迴紀錄)

VS指導修改(轉電子病歷用)先點選

修改後轉電子病歷

教學指導

直接轉電子病歷

電子簽章

住院診療計畫說明

巡房系統註記

【診斷】胰臟假性囊腫

【病情解釋】

說明內視鏡超音波穿刺術適應症及併發症(含1-2%出血、感染、胰臟炎、腸道破裂等風險)

【相關的檢查】

胸部X光/ 心電圖/ 內視鏡超音波

【相關的檢驗】

血球計數/ 肝腎功能/ 電解質

【相關的治療】

內視鏡超音波穿刺術

【相關的衛教】

需有人陪伴/ 臥床休息 / 預防跌倒/ 低脂飲食/ 觀察排便顏色

三、主治醫師或教師對住院醫師、專科護理師、實習醫學生製作之病歷應予核閱，且給予必要之指正或評論

✓ 病歷紀錄如何呈現指正或評論紀錄

善用【教學用】的教學與指導功能(藍字新增、紅字刪除，並可呈現歷程)

VS指導修改(轉電子病歷用)先點選

VS指導修改(教學用)先點選

電子簽章

歷史紀錄

Source of history :

the patient and previous chart

Chief complaint :

progressive exertional dyspnea for 56 days

Present illness :

This 67 year old man with past history of DM, HTN, AF, DCM(EF 30%), presented with progressive exertional dyspnea for 5 days.

He was just discharged from our CV ward due to acute decompensated heart failure from 1/25-1/29. After discharge, he could climb for 2 floors as his baseline status. Five days before admission, progressive exertional dyspnea developed, associated with lower legs edema. Orthopnea and PND aggravated one day before admission. There was no chest tightness, productive cough, fever or chills. He also denied drug TEST non adherence or increased water, salty food intake. He went to our ED on 2/15.

In the ED, lab tests showed AKI, and his weight increased 3 kg compared to previous record on discharge day. CXR revealed cardiomegaly with perihilar congestion. ECG showed AF without dynamic STT change. Under tentative diagnosis TEST of acute decompensated heart failure, he was admitted for diuretic therapy.

儲存後列印

儲存

關閉

貳、病歷紀錄書寫修改宣導

➤ 住院中病歷表單紀錄的時效

表單名稱	應完成時效	電子病歷簽章
入院紀錄 (Admission Summary)	入院 24hr.內完成	請完成紀錄後，24小時內要執行電子病歷簽章作業(桌機/簽章APP)
病程紀錄 (Progress note、Weekly Summary..等紀錄)	每日完成	
麻醉紀錄	當日完成	
手術紀錄 (OP Note)	手術結束 24hr.內完成	
出院摘要 (Discharge Summary)	出院後3日內	

➤ 病歷表單、同意書的完整性

缺漏書寫

1. 缺漏簽名

2. 簽署日期、時間未填寫

完整書寫

✓ 病歷表單上的每一個欄位，皆須填寫。同意書簽署，日期、時間需正確。

慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院
手術病人辨識紀錄單

診斷: Post laminectomy syndrome 術式: CES Implant

病房: 醫師簽名: 日期(月/日):

意識不清、無法溝通、嬰幼兒
屬能說出病患姓名、生日
屬能說出病患手術方式及部位(含左右)
事人員核對手圖、病患、病歷符合

(左) (左) (右)

手術醫師: 12分

Time out 時間: 15 時 14

民國 111 年 2 月 11 日病歷管理委員會審核

說明醫師: (簽章) 日期: 107 年 9 月 16 日 時間: 1

茲病人同意接受該項檢查，貴院應盡醫療上必要之注意，若發生緊急同意接受 貴院進行為必要之處理。

此致
佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

立同意書人: 吳 (簽章) (簽章)
身分證編號: 18
住址: 茂里村
關係: ☐ 病人本人或 ☒ 家屬
日期: 年 月 日
時間: 時 分

附註:
一、立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年或不能親自簽具者，得由醫療法第四十
之人員(法定代理人、配偶、親屬或關係人)簽具。(民法規定：年滿 20 歲為成年人)
二、立同意書人非病人本人者，應填載與病人之關係。
三、立同意書人應詳閱說明，如有任何疑問或須更進一步瞭解，請於簽具本同意書前，詳細詢

字同意。其他說明事項:

麻醉醫師簽名: 日期: 112 年 9 月 25 日 10 時 32

三、立同意書人之聲明

1. 我了解為順利進行手術，我必須同時接受麻醉，以解除手術所造成之痛苦及恐懼。
2. 麻醉醫師已向我解釋，並且我已了解施行麻醉之方式之風險。
3. 我已了解附註之說明內容(後頁之麻醉說明事項)。
4. 針對麻醉之進行，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
5. 如遇以下臨時狀況，我同意麻醉醫師進行如下之必要處置：
 - 同意半身麻醉或區域麻醉無法因應手術需要時，麻醉醫師得改採全身麻醉。
 - 同意基於病人安全考量，麻醉醫師得視情況臨時施予適當且必要的侵入性處置，例如：放置鼻胃管、導尿管、靜脈導管、動脈導管、中央靜脈導管、肺動脈導管、經食道心臟超音波等積極性作為。
 - 同意手術方式變更時，麻醉醫師得臨時改變麻醉方式及進行侵入性處置，以使手術順利進行並維護病人安全。
6. 我了解經麻醉前訪視已解釋此門診麻醉必須有家屬陪同，且於麻醉後 24 小時內不得進行任何危險措施(操作機械、開車、騎車)，但因個人因素無法配合此要求，為接受此醫療檢查，我願意遵守醫囑，採用安全方式返家(如計程車、公車等)，並了解術後 24 小時內不得進行任何危險性操作，如：操作機械、開車，如未遵從，我願意承擔相關法律責任。

基於上述聲明，我同意進行麻醉。(若您拿到的是沒有醫師聲明之空白同意書，請勿先在上面簽名同意)

立同意書人簽名: 與病人關係: ☒ 本人 ☐ 病患之 (立同意書人身分請參閱附註三)

身份證號碼: 9201

住址: 花蓮縣 鳳城街

日期: 112 年 7 月 28 日 09 時 35

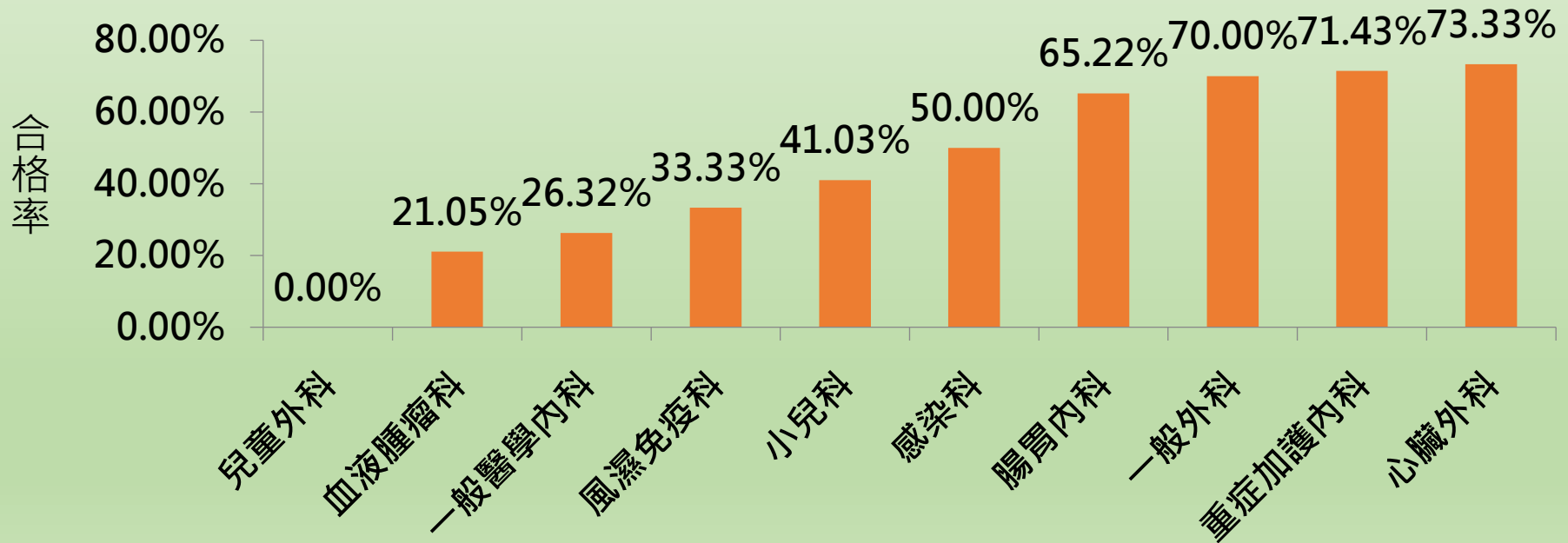
報告完畢
感謝鈞長聆聽

住院中病歷書寫品質審查

-by科較差後十名

審查項目	
Progress Note	1.VS Note on Admission Day(主治醫師住院日巡迴紀錄)或住院診療計畫書(2擇1)。

合格率



後10名科別

科別說明

1.全院科別:30科

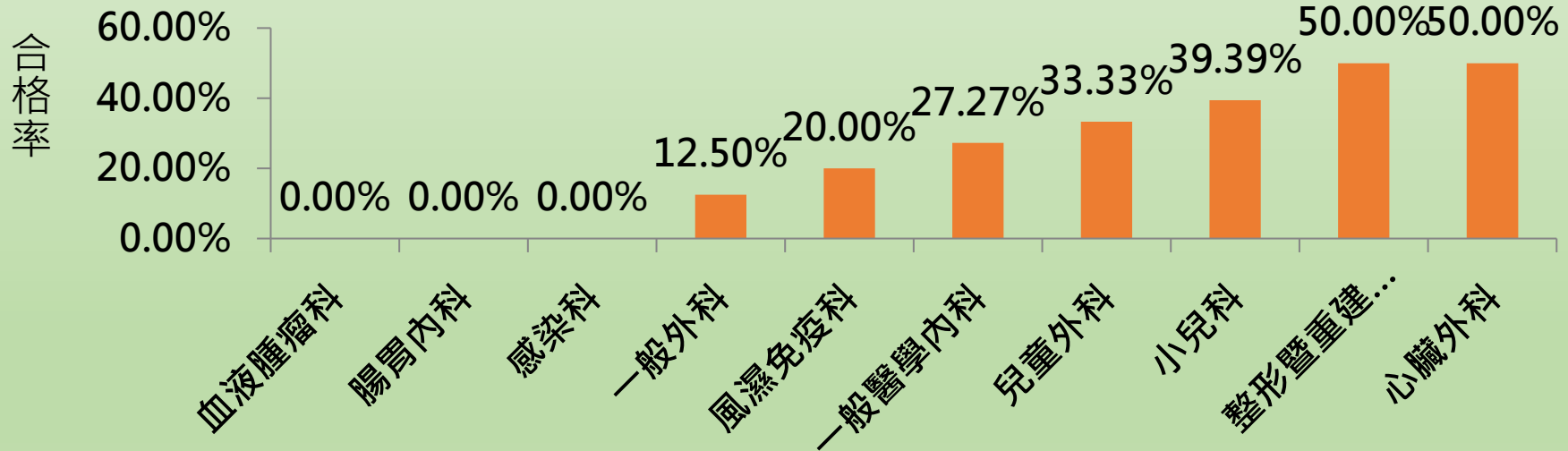
2.未達90%科別:12科

住院中病歷書寫品質審查

-by科後十名

審查項目	
整本	1.主治醫師或教師對實習醫學生製作之病歷應予核閱，且給予必要之指正或評論。

合格率



後10名科別

科別說明
1.全院科別:30科
2.未達90%科別:12科

住院中病歷書寫品質審查

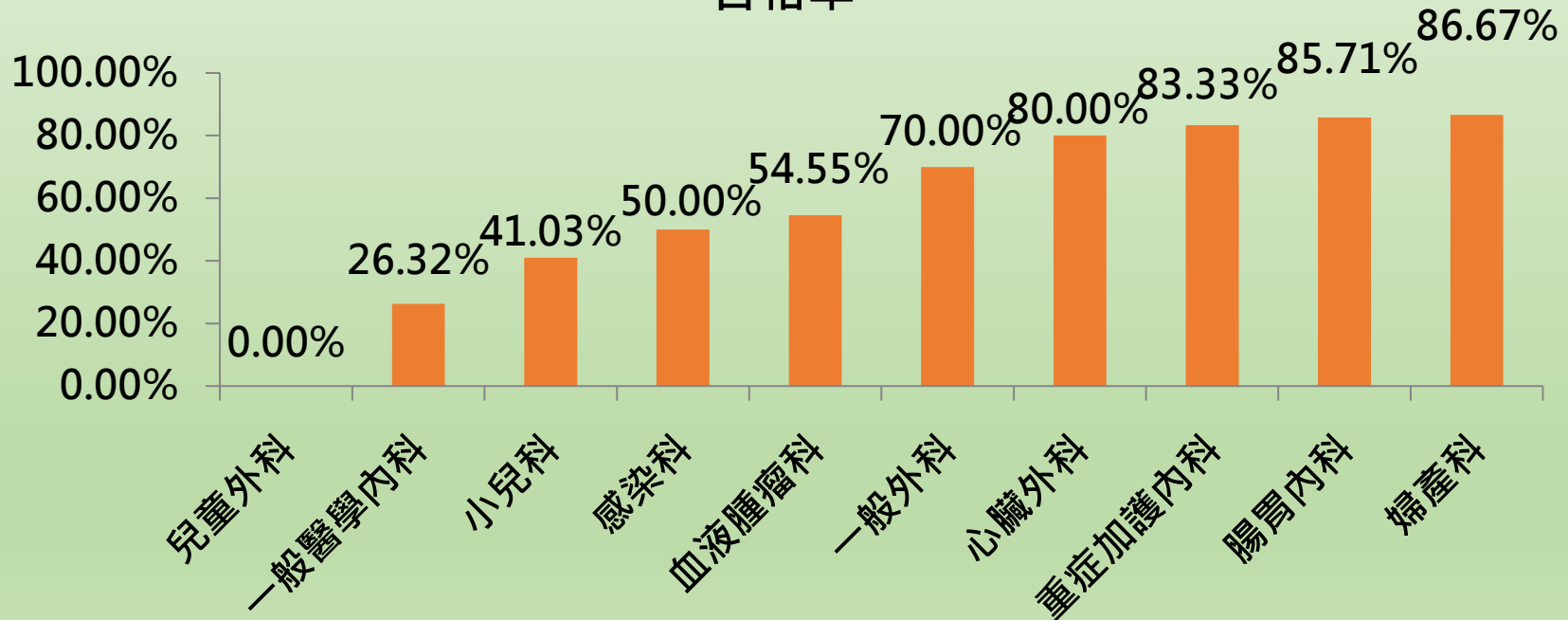
-by科後十名

審查項目

Progress Note

2.前項書寫內容應與實際病人住院後所施行之檢查項目相符。

合格率



後10名科別

科別說明

1.全院科別:30科

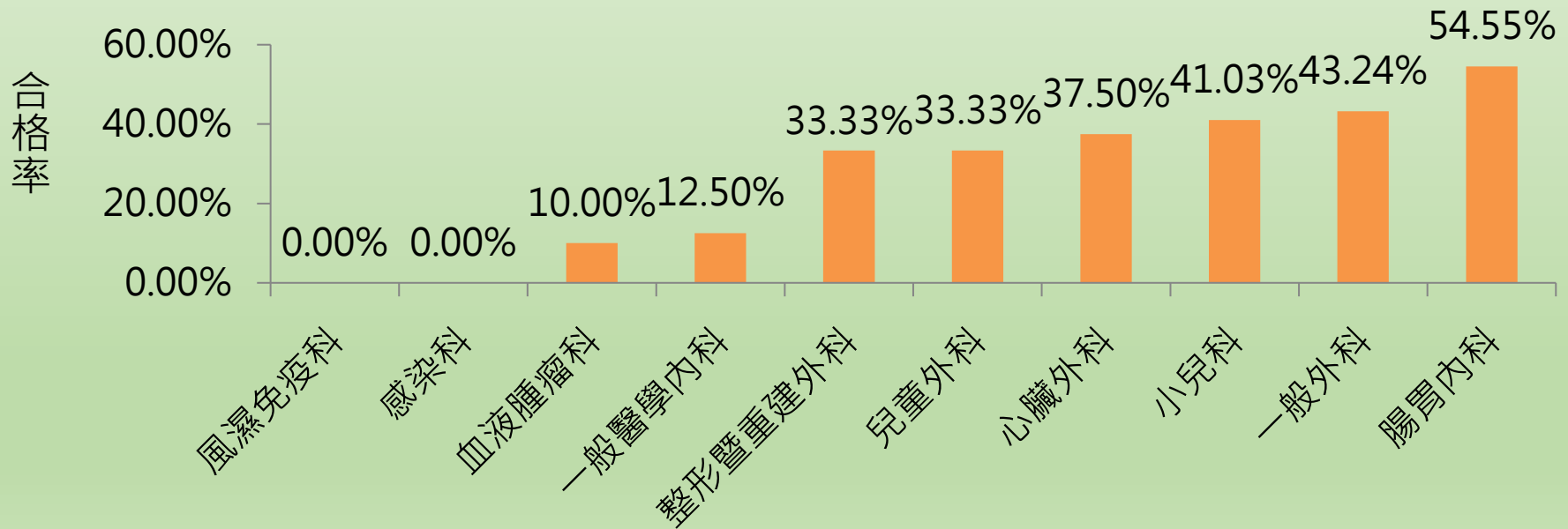
2.未達90%科別:10科

住院中病歷書寫品質審查

-by科後十名

審查項目	
整本	2.主治醫師或教師對 住院醫師(專科護理師) 製作之病歷應予核閱，且給予必要之 指正或評論 。

合格率



後10名科別

科別說明
1.全院科別:30科
2.未達90%科別:14科