

臺北榮民總醫院醫學教育委員會 教學病歷撰寫規範及審查作業辦法

105年03月07日訂定
105年09月13日修訂
108年06月11日修訂
108年12月16日修訂

一、審查目的：

為持續提升病歷記錄與書寫品質並確保本院教學病歷記載詳實，特訂定本教學病歷撰寫規範及審查辦法。

二、審查對象：

院內實習醫學生、PGY及住院醫師書寫之教學病歷。

三、撰寫規範：

(一)教學病歷所指之範圍為其全部範圍，包含入院紀錄、病程紀錄、手術相關紀錄、出院紀錄。

(二)實習醫學生應以 POMR+SOAP 方式撰寫教學病歷並在入院紀錄中撰寫心得與討論。

(三)各職級醫師應繳交相對應之份數：

1. 實習醫學生：每週一份，每個月共四份。
2. PGY：每兩週一份，每個月共兩份。
3. 住院醫師：每個月共一份。
4. 繳交方式：在入院紀錄處勾選教學病歷註記即可。
5. 僅外科系單位之手術相關紀錄需受審。
6. 不適用之對象：Fellow、沒有入 team 之總醫師、在外院 RRC，或因為其他原因無入院病歷可勾選之醫師。
7. 不適用之單位：傳統醫學部、麻醉部、放射線部、病理檢驗部、腫瘤醫學部放射腫瘤科、口腔醫學部(口外、兒牙除外，兒牙一個月一份即可)、核醫部住院醫師、社區實習之醫生/醫學生、急診部、重症醫學部。(上述單位不受每月應繳之教學病歷份數規範，但若有註記為教學病

歷，仍有被審查之可能。)

(四)主治醫師應對教學病歷給予必要之修改與評分，並對實習醫學生之心得給予回饋。

(五)每月 11 日教學部會將不符規定名單提供給各單位教學計畫主持人，作為各科升等會議時的參考依據。

四、審查委員：

醫學教育委員會委員(不含醫事類、病理科委員)、單位推派及優良教師擔任審查醫師。

五、審查機制及範圍：

(一)每月抽審上個月之教學病歷，件數依照下述比例進行分配：

實習醫學生：PGY：住院醫師 = 2：2：1

(二)教學部每月將抽審之教學病歷隨機分配予委員進行審查，委員每月審查 4 本/人，病歷審查機制採競爭審查方式進行。審查結果每 3 個月進行統計分析，並將報表提交至醫學教育委員會報告。

(三)依據審查意見：優良病歷列入模範病歷庫，審查不合格之病歷將通知實習醫學生、PGY、住院醫師修正並改進。

六、審查標準：

依據「教學病歷查核表」(如附件)包含入院紀錄、病程紀錄、病歷紀載、手術相關紀錄及出院病歷紀錄五部份共 36 項目進行線上評審。(查核表內容項目係依本院病歷委員會所制定之「病歷查核表」修訂而成，其中實習醫學生無需審查其出院病歷紀錄部分。)

七、審查費用：教學病歷審查費用每件 200 元，由績效獎勵金發放。

八、本辦法經醫學教育委員會通過後，簽奉核准後公布實施，修訂時亦同。

附件一、教學病歷查核表

類別	審查項目	評核 (勾選)		
		合格	不合格	不適用
入院記錄	1 相關資料(職業、種族、婚姻、精神心理、社會經濟情形)記載完整，發燒者需記載 TOCC 史。			
	2 以病人之口語敘述病人之 symptom(s)並註明 duration 或 mode of onset。			
	3 現在病史紀錄完整，可看出實際病程變化及治療資訊(不可完全複製前次病摘)。			
	4 過去病史(重要疾病史、手術史)及個人病史(含藥物過敏、喝酒、抽煙、檳榔、入院前用藥明細)記載完整。			
	5 家族史(特殊疾病應詳盡記錄家族病史；若無特殊疾病則此項可勾選不適用)。			
	6 器官系統檢查(ROS)記載正確完整，能對應主訴及現在病史，對於陽性結果(positive findings)或有意義的陰性結果(negative findings)有加註說明。			
	7 身體檢查(PE)記載正確完整，能對應主訴及現在病史，對於陽性結果(positive findings)或有意義的陰性結果(negative findings)有加註說明。			
	8 依病人年齡、意識及病情狀況執行營養評估(MUST 分數)。			
	9 視需要紀錄病人之身、心、社會及營養層面的問題。			
	10 臆斷(Impression)與現在病史和理學檢查結果相符；現在病史和理學檢查有支持臆斷的佐證。			
	11 依據臆斷(Impression)和相關鑑別診斷，擬定完整之診療計畫(含 Diagnostic、Therapeutic、Education Plan)。			
	12 主治醫師有對學員(實習醫學生或 PGY 或住院醫師)製作之入院記錄給予必要之修改(可版本交叉比對)。			
	13 UGY 學員有書寫病患照顧的心得與討論，且內容能呈現老師指導全人照護之過程(此題請勿選 N/A)。			
	14 主治醫師對學員的入院記錄給予評分。			
	15 主治醫師對於 UGY 學員入院記錄之學生學習心得給予回饋。			
病程記錄	16 依 POMR+SOAP 格式詳實記載，內容不可只複製貼上。			
	17 病程記錄有連貫性(ICU 及病況不穩的病人應多次)，包含假日。			
	18 檢驗、檢查詳載適應症，檢驗檢查結果應有解讀記錄。			
	19 特殊用藥、處置、輸血合乎規範，病歷中詳載適應症。			
	20 Assessment 應依據當日 S 和 O 的資訊作當日病情的評估判斷，可顯現臨床病情的變化，不應只重覆記載病病的診斷。			
	21 Plan 依 Assessment 擬訂並執行當日相關照護工作，包含 Diagnostic、Therapeutic、Education、Measurable goal 各方面)。			
	22 住院一週有 Weekly summary，應有 Measurable goal。			
	23 若為實習醫學生或其他輔助記錄者繕寫，有確實完成註記。			
	24 學員的病程記錄有記載主治醫師查房時的指示。			
病歷記載	25 工作交接時，有 Off-duty Note 及 Acceptance Note。			
手術相關記錄	26 手術或處置紀錄內容完整(方式、步驟、發現等)。			
出院病	27 未遺漏重要診斷、手術、及重要處置。			

類別	審查項目	評核 (勾選)		
		合格	不合格	不適用
歷摘要	28	入院主因與出院主要診斷相關，依序列出次診斷與潛在疾病。		
	29	R/O (rule out)診斷前須有相對應癥候，如急性腹痛，R/O...		
	30	出院診斷以全名書寫(未使用縮寫)。		
	31	病史、理學檢查、治療前後的檢驗檢查結果詳實完整。		
	32	住院療程內容記錄完整詳實。		
	33	出院用藥、出院指示與病人狀況相符(病患死亡應註明死亡日期、時間及可能死因)。		
	34	若為實習醫學生或其他輔助記錄者繕寫，有確實完成註記。		
	35	主治醫師有對學員的出院病摘給予必要之修改 (可版本交叉比對)。		
	36	主治醫師有對學員的出院病摘給予評分。		

附件二、教學病歷註記圖示

住院病摘

Taipei Veterans General Hospital

住院病歷 目前位置: 首頁 / 查詢結果 / 住院病歷 / 編輯畫單

新增住院病歷
查詢住院病歷
我的住院病歷

系統訊息: 提醒您, 離開座位時, 請記得先執行儲存檔案。
系統訊息: 若「發現」項目有屬性反應者, 請務必填入該項說明。
*** 依據6次評鑑準備會議決議: 體重、血壓、婚姻、問診日期時間, 以及營養評估等項目, 病歷上必需填寫, 否則無法儲存送出。

編輯區文字大小: 標準 / 放大 / 縮小

註記 教學病歷 病歷修改

(一) 基本資料 (General data)

病歷號	姓名	住院日期
住院號	住院科別	病房床號
性別	生日	問診日期
職業	血型 / RH	轉診醫院
婚姻狀況	抽煙習慣	抽煙 <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, 每天 1 包, 抽煙 20 年
		Is there risk of exposure to second-hand smoke? <input type="checkbox"/> Yes, at home <input type="checkbox"/> Yes, at work <input checked="" type="checkbox"/> No

(二) 主訴 (Chief complaint) <必填項目> (限制字數: 100個中文字符)
acid regurgitation sensation noted since 2 months ago.

病程紀錄

ProgressNote System

Taipei Veterans General Hospital

病程紀錄 病程紀錄列表 版本比較 我的病歷 回首頁/更新列印 常見問題 意見回饋 回查詢 醫師作業 退出(DOC0069F)

床: [] 姓名: [] 病歷號: [] 日期: [2020-04-06] 1237 科別: [JR] 線型: [POMR(Simpl)] 住: [20200401(JR)]

【新增POMR(***教學病歷***)]
[人員選擇] [副本] [學習心得] [指定VS倍數] [(4位)]

PS記錄清單

日期	時間	病歷	類別
2020-04-02	07:20	A184	PS
2020-04-01	17:42	A184	AN

(Description):
(Subjective):
(Objective): [P_INFO] [LAB] [Vital] [營養營養] [一般報告] [檢驗記錄] [營養記錄] [用藥] [帶入成本]
(Assessment):

手術紀錄

手術代碼功能

手術一 (名稱修改) 術別: 左側 術別: 其他 入路途徑: 其他
手術二 (名稱修改) 術別: 膝蓋 術別: 膝蓋 入路途徑: 膝蓋

手術名稱一	ORIF with tension band wire	ORTH	AT040	[表用手術名稱]
手術名稱二	ORIF with wire	ORTH	AT043	
手術名稱三				
手術名稱四				
手術名稱五				

ICD10(一): 0PHL04Z Insertion of Internal Fixation Device into Left Ulna, Open Approach [ICD選擇]
ICD10(二): 0PHV34Z Insertion of Internal Fixation Device into Left Finger Phalanx, Percutaneous Approach
ICD10(三):
ICD10(四):
ICD10(五):
ICD10(六):
ICD10(七):
ICD10(八):
ICD10(九):
ICD10(十):

內容(***教學病歷***) 選擇範本類別 選擇範本代碼
(WEB環境下, 請按紀錄時請勿使用一般建議符號", 如需用請複製此符號", 範本之建議符號已經轉換故不受影響)
OPERATIVE FINDINGS:
1. Left olecranon fracture, simple transverse
2. Left ring finger bony mallet fracture, articular involvement 40%

出院病摘

Taipei Veterans General Hospital

功能表 目前位置: 首頁 / 查詢結果 / 病歷 / 住院病歷 / 出院病摘功能 / 檢視畫單 (修改 | 列印 | 重印 | 簽單 | 圖形 | 詳註) | 版本紀錄 | 中文病歷 | 教學用PDF | 連結DRG | 連結電

所屬病患清單 出院病摘 出院病摘查詢 出院病摘範本 出院病摘說明 電子病歷平台 電子簽單說明 醫師作業 共同主筆 系統登出

註記 教學病歷

住院基本資料	姓名	身分證號
病歷號	出生日期	地址
住院號	入院科別	入院病房
入院日期	出院科別	出院病房
出院日期	AIR	轉院醫院代碼
出院狀態	DISCHARGED	轉院醫師
主治醫師	賴建志 (DOC1332J)	住院醫師
ISS分數	頸頸部: 0	胸部: 0
	腹部: 0	胸部: 0

轉床記錄