

第九章、病歷寫作

民國 103 年 4 月初稿

民國 104 年 5 月修訂

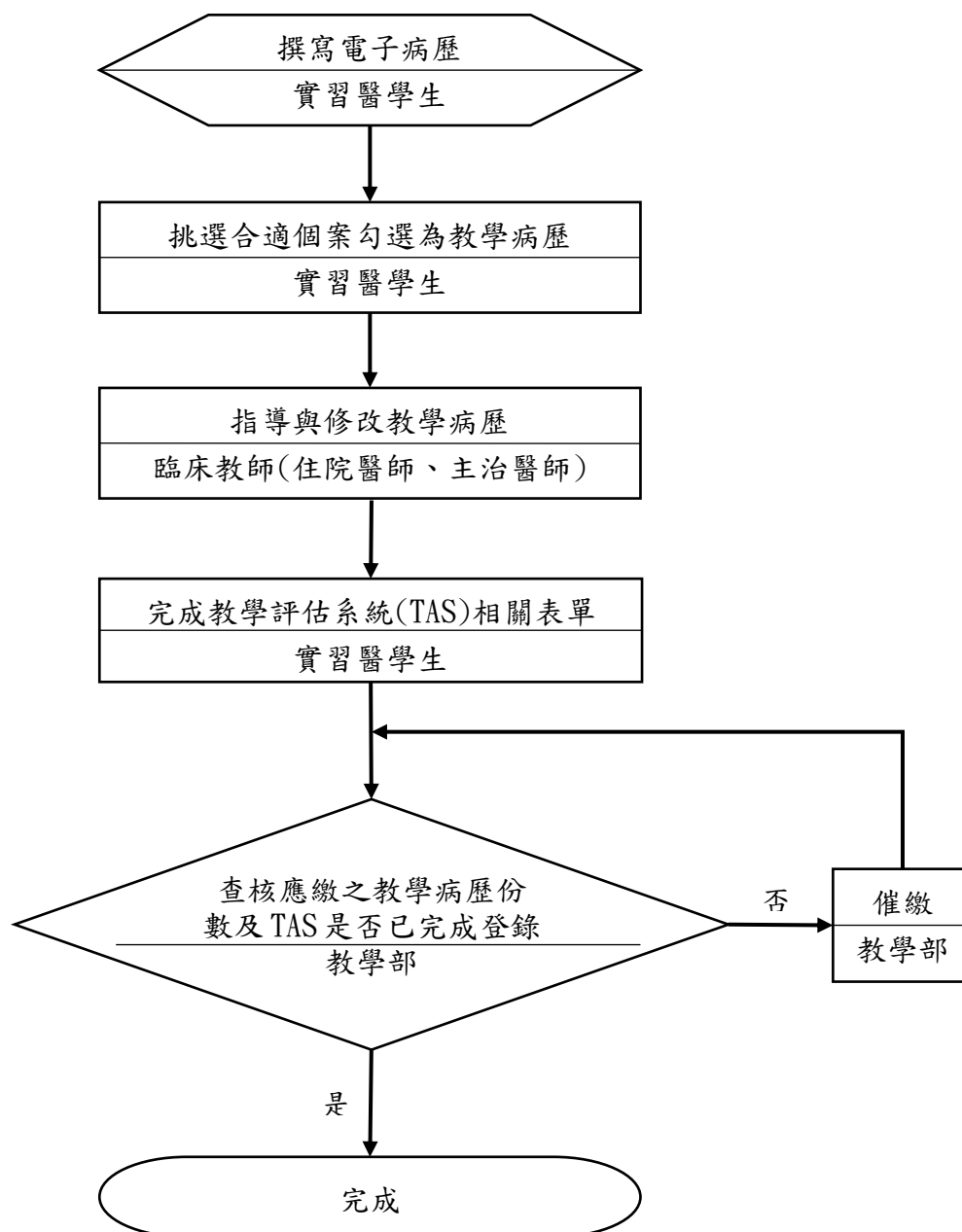
民國 109 年 6 月修訂

臨床教師應指導實習醫學生（包括 Intern 及 Clerk）病歷寫作，指導內容包括病歷書寫的正确格式和如何呈現病史問診的思路過程。進行步驟建議如下：

一、教學病歷寫作規範

1. 實習醫學生於實習訓練期間應於電子病歷 HIS 系統完成自己所照顧病患的 Admission Note 及 Progress Note(依病歷寫作規範進行)。每週從主要照顧(Primary Care)的病患當中挑選適合練習教學病歷寫作的個案，在 Admission Note 表頭處勾選「教學病歷」，每週至少一份。此外，當實習醫學生參加教學門診、門診教學或急診教學時，亦應按教師要求完成病歷寫作並接受教師指導。
2. 由學生完成之病歷，住院醫師仍應依病歷寫作要求，於病患到院後二十四小時內，於正式電子病歷系統內完成住院醫師的 Admission Note 並完成電子簽章。
3. 實習醫學生完成病歷寫作後，應請主治醫師給予修改與指正。建議主治醫師能與實習醫學生約定時間進行一對一的指導。此階段為 Formative Assessment，主要是協助學生了解病歷的正确寫法並與其討論如何將臨床思路呈現在病歷寫作中；建議主治醫師於學生教學病歷完成後的三天內完成病歷指導。

4. 實習醫學生應完成教學評估系統(Teaching Assessment System，簡稱 TAS) 相關表單。
5. 教學病歷應於該科實習結束前完成勾選，視為已繳交教學病歷。未完成繳交教學病歷者，經教學部提醒後若仍未改善，將得不到該科實習成績，請同學確實遵守執行。
6. 教學病歷寫作流程圖



二、常規病歷寫作規範

1. 實習醫學生於實習訓練期間應於電子病歷 HIS 系統完成自己所照顧病患的 Admission Note 及 Progress Note (依病歷寫作規範進行)。學生寫作之病歷，住院醫師和主治醫師應對實習醫學生所寫之病歷進行評論和修改，並進行電子簽章。住院醫師及主治醫師有確認病歷記載正確無誤之責任，並對學生病歷寫作之臨床思路予以指導與教學。
2. 實習醫學生只負責自己照顧病患之 Admission Note、Progress Note 病歷寫作(包括自己 Primary Care 和與住院共同照顧的病患)。同一時間內，Intern 照顧病患的床數上限為十床，Clerk 照顧上限為五床。住院醫師和主治醫師不得要求實習醫學生協助書寫其他 Service 病人的病歷。若有違反規定，將列入教師之教學記錄。