

病歷品質審查常見問題

病歷審核小組
賴寧生 醫師



門診病歷品質審查



門診病歷品質審查結果

95年4~6月門診病歷品質審查

審查內容	總扣分	件數
1.過去病史詳述完整	1333	271
2.發病時間、狀況詳述完整	761	223
3.重要檢查詳細說明適應症及必要性	137	50
4.重要藥品詳細說明使用必要性	176	55
5.相關影像結果記載確實	132	45
6.相關檢驗結果記載適時(包括血壓、血糖…)	564	92
7.未清楚記載門診病情連續以Ditto為之	736	149
8.藥品劑量/種類異動確實描述原因	73	32
9.藥品使用不符健保規範(請見說明)	21	3
10.用字不精確或錯誤	119	27



門診病歷書寫常見問題

1. **過去病史是否詳述完整**：院內審查醫師意見
 - ❖ 無記載
 - ❖ 分段不明、太簡略
 - ❖ 未記載病史發生之時間
2. **發病時間、狀況是否詳述完整**：院內審查醫師意見
 - ❖ 無PE finding支持診斷
 - ❖ 記錄不清、記錄不明確
 - ❖ 未寫
 - ❖ 主訴一年皆不變
 - ❖ 未說明病人改善與否
 - ❖ 太簡略、不確實、不明確



門診病歷書寫常見問題

3. 重要檢查是否詳細說明適應症及必須性：院內審查醫師意見

- ❖ 無PE finding直接開具Abd.Sono, CT, MRI, 及相關檢查檢驗
- ❖ 根據診斷無法說明檢查檢驗之必要性

4. 重要藥品是否詳細說明使用必要性：院內審查醫師意見

- ❖ 處方與診斷欄不配合
- ❖ 宜說明更改抗生素之理由
- ❖ 未詳細說明處方的必要性特別是高價藥或限制處方
- ❖ 未適時記載重要處方之療效與副作用
- ❖ 未作必要之藥濃度檢測



門診病歷書寫常見問題

5. 相關影像結果是否記載確實：院內審查醫師意見

- ❖ 無記錄
- ❖ 記載不夠詳實

6. 相關檢驗結果是否記載適時：院內審查醫師意見

- ❖ 無記錄
- ❖ 無記錄血壓值或BP沒改
- ❖ 記載潦亂不易綜合閱讀



門診病歷書寫常見問題

7. 未清楚記載門診病情連續以 Ditto為之：院內審查醫師意見

- ❖ 主訴幾乎不變
- ❖ 錯字未改、
- ❖ 幾乎無修改、連BP及PR 都Ditto
- ❖ 記載不清楚
- ❖ 未記載術後local finding
- ❖ 語法不易懂、縮寫名詞過多
- ❖ 已有MRI，但ditto前次“may arrange MRI ”

8. 藥品劑量/種類異動確實描述原因：院內審查醫師意見

- ❖ 無GI S/S，如何開給GI Rx
- ❖ Procaterol無明顯indication
- ❖ Baktar使用原因不明



門診病歷書寫常見問題

9. 藥品使用不符健保規範：院內審查醫師意見

- ❖ 使用EAZIDE似會增加gout risk，但又用Goutil
- ❖ CoX-II使用不符合規範
- ❖ Foxsamax及Calcitonin使用不符合規範
- ❖ 無法看出使用是否符合使用規範

10. 用字不精確或錯誤：院內審查醫師意見

- ❖ 描述症狀太零碎、前後矛盾、主訴文法凌亂不易讀
- ❖ 不宜簡寫，如AR、VHCY簡寫



門診病歷書寫常見問題

院內審查醫師簡評

- ❖ 專科門診，不宜像一般門診
- ❖ 慢性病病情穩定宜開長期處方箋
- ❖ 若SOAP均無更改，病患宜開具長期處方箋
- ❖ 使用的藥品適應症宜加入診斷欄
- ❖ 宜說明病人主訴及說明為何調整藥物
- ❖ 宜詳述病情並減少縮寫
- ❖ 我們是”教學醫院”，非藥局，不宜病患”Ask”就給東西
- ❖ 文法、語法、順序、思序、大小寫皆不順暢、不易看懂



住院病歷品質審查



住院病歷書寫常見問題

95年1~3月住院病歷品質審查

項目及配分	審查事項	扣分基準	總扣分	項目及配分	審查事項	扣分基準	總扣分
病歷首頁 4%	出院診斷填寫完整，未用Ditto	4	74	Progress Note (有手術之外科系) 25%	有按日填寫	6	0
Discharge Note 30%	出院診斷以全名而不以縮寫記載者	4	35		內容完整並有治療計劃	5	69
	病史內容	5	218		以SOAP方式記錄	4	0
	理學檢查	4	104		特殊治療檢查有記錄	4	0
	實驗室檢查	4	5		手術記錄詳實並有簽名蓋章 (包括畫圖說明)	3	5
	手術及治療過程	6	69		有主治醫師之附署(簽名蓋章)	3	0
	出院時給藥及追蹤	4	40		Order Sheet 15%	醫囑若修改有按規定取消	3
醫師中文全名簽名蓋章	3	0	臨時醫囑(以鉛筆寫上者)，有正確修改 (改以原子筆補寫)	3		70	
Admission Note 18%	病人主訴填寫完整	3	0	醫囑詳寫、藥品之給藥及停藥日期詳寫		3	5
	過去病史填寫完整	3	70	無長期抽血(定期抽血)、定期X光攝影 及血液GAS等之醫囑，如發現有這種 定期醫囑給零分		3	71
	現在病史填寫完整	3	124	實習醫師填寫時住院醫師有核簽(簽名蓋章)		3	0
	臨時診斷填寫完整	3	55	Other 8%		以藍色或黑色原子筆、簽字筆書寫	2
	治療計劃填寫完整	3	40		字跡端正易辨認	2	15
	住院醫師、主治醫師簽名蓋章	3	0		拼法正確	2	149
Progress Note (內科系及未手術者) 25%	有按日填寫	6	0		文句通順	2	139
	內容完整並有治療計劃	5	74				
	以SOAP方式記錄	4	10				
	特殊治療檢查有記錄	4	35				
	實習醫師、住院醫師之簽名蓋章	3	0				
	有主治醫師之附署(簽名蓋章)	3	0				

住院病歷書寫常見問題

院內審查醫師簡評

- ❖ 病歷首頁之診斷、字體幾乎無法辨認
- ❖ 病歷首頁出院診斷與Discharge note不一致
- ❖ 診斷不完整，未完全反應出病情
- ❖ 病史及PE (理學檢查)過於簡略(病史只有三行)
- ❖ Progress note多是Ditto，且錯字連篇
- ❖ Progress note的“0”只有vital sign而已
- ❖ Discharge note之住院治療經過無重點無法完整交待病程
- ❖ 住院治療經過文法錯字連篇
- ❖ 有些文句不易懂，例：Foley retention urine yellowish??



繼續努力

