入院診療録記載基準

目的

現在の医療は医師だけで行うのではなく、医師、看護師、その他コメディカルの専門スタッフがチームで行う時代を迎えている。したがって、診療情報はチームの全員が共有するものであり、診療録はスタッフ間の連絡用紙や備忘録であってはならない。そこで医療スタッフが共同して患者の記録を作成していくという観点から、入院診療録の記載について統一見解を示し、病院の医療スタッフ全員が理解でき、かつ患者に分かりやすい診療録の作成を心がけることを目的にした。

Ⅰ、診療録記載の基本

1．診療録は１入院１診療録とする。したがって、共観科は主科の診療録に記載する。その際、記載者署名欄に診療科名を記載したうえで記載者の署名を行う。

2．診療録の記載は黒または紺のボールペン或いは万年筆等の消えない筆記用具で行い、特記事項以外は赤字で記載しない。ただし図や表示法等が学会等の決まりで常識化したものは除く。

3．診療録の記載言語について

① 診療録の記載は医師以外の第三者または患者にも分かるよう、出来るだけ日本語で記載する。ただし、日本語での表現が不可能の場合は「診療録語彙集」に収載された外国語で正確に記載する。（例えば精神科におけるドイツ語使用）

② 略語は「診療録語彙集」に収載された語を使い、一般的でない略語、不適切な略語（ムンテラ、MT、ENT、 murn 等）は使用しない。

4．判読しやすい文字で記載する。

5．訂正は、何を訂正したか分かるように二重線で訂正し、訂正者が判別できるように捺印もしくは署名をする。

6．各用紙の項目で記載の必要が無い場合は、記載忘れと区別できるように〆印で削除する。

7．枠外（枠からはみ出した）に記載はしない。（後日の追記と思われる。）

8．空白は作らない。伝票の添付等やむを得ず空白ができた場合は、〆印で空白であることを示す。

9．医師、看護師、コメディカル等の入院中の診療に係わる職員は、他の職種の記載も閲覧し情報の共有に努める。

Ⅱ、１号用紙の記載

1．主治医欄には主治医を記載する。ただし主治医が複数の場合は、主主治医には氏名の左肩に丸印をし、先頭に記載する。研修医を主治医欄に記載する場合は「研修医」のゴム印を押し氏名を記載する。なお、研修医は主治医になれない。

2．入院（退院）時刻は必ず記載する。

3．転帰、剖検の有無、行先は必ず記載する。

4．麻薬使用印は麻薬使用患者のみに捺印する。

5．主治医、診療部長、師長の検印は、退院後診療録を病歴室に提出するまでに行う。退院前に予め捺印してはならない。

・診療部長の代理として検閲する場合は、診療部長の検印欄に「代」と記して検印する。もしくは、空の検閲欄を使用する場合は検閲者の職位を記入し検閲し、診療部長検閲欄は〆印で削除する。

6．診療録表紙の裏面にある紹介病院の記載欄は、患者が紹介されてきた場合、または紹介した場合など全てを記載する。

7．入院中に血液型検査及び不規則抗体ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞの検査を行った場合は血液型検査伝票貼付欄に貼付する。

血液型検査及び不規則抗体ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞの検査をすでに行なっている場合で、入院中に輸血や大規模な手術等を行う場合は、輸血部に血液型検査（報告）の再発行を依頼し血液型検査伝票貼付欄に貼付する。また、過去に不規則抗体ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞの検査結果が陽性であった場合は、その結果を血液型検査結果（報告）の横に貼付する。

（補足）不規則抗体ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞが陽性であった場合は、血液型検査結果（報告）の再発行依頼時に、輸血部より再発行される。

8．病名記載欄は必ず記載し、適宜終了年月日と共に転帰する。（当該入院に必要な病名は全て記載する）

Ⅲ、プロブレムリストの記載

本リストには、患者の通常の健康や生活を妨げる事柄で、患者自身あるいは医師、医療従事者が、診断、治療、ケアを要すると考える問題全てを記載し、治療の目的または方針とし、問題解決に明確で容易な計画が立てられるように記載する。

1．記入事項は、①医学的問題（症状、病名、診断所見、検査所見）、②心理的問題、③家庭生活上の問題（習慣、危険因子〈飲酒、喫煙、肥満、職業〉）などの検討、解決の必要な事柄でその時点で具体的に確実に判明している事実に限り記載する。

2．活動性問題 Active problem（今回の受診・入院の原因となった解決すべき進行中の問題）と非活動性問題（解決済）Inactive problem（既に解決済であるが現病状に関係ある過去の重要問題）を記載する。

3．問題は緊急性、重症度に応じて優先順位をつけて優先順に記載する。

4．社会的（患者の家庭内）問題もあれば記載する。また経過中に出現した新たな問題も追記載する。

5．解決した場合は解決日を記載し署名する。

6．Problem No.. は一貫性を持たせる。（同じ問題点は、同じ Problem No. を使う。）

7．解決した Problem No.は次に発生した新たな問題に使用せずに欠番とする。

8．＃は No. の略で Problem の意味ではない。

9．入院時に作成し、先ず問題点をスタッフ全員に伝える。

10．転科、共観がある場合も共通のプロブレムとして使用する。

11．診療科独自のプロブレムリストを使用する場合は、標準のプロブレムリストに「別記」と記載する。

12. 看護のプロブレムリストは看護支援システムにある従来のものを使う。

Ⅳ、退院時（転科時）要約の記載

１．退院時は１週間以内に、転科時は速やかに作成する。

２．転科の場合は、担当した全ての診療科が、該当する期間の要約を作成する。

３．短期入院診療録は原則として二泊三日以内の入院について使用することができる。ただし都合により入院期間が若干延びた場合もそのまま使用することができる。

４．患者 ID、患者氏名、診療科、主治医、主訴、現病歴、入院時現症、診断病名（主病名、併発病名、続発病名含む）、入退院日、転帰、入院中の経過、手術の記録、退院時処方、退院後の方針の項目を最低限記載する。

５．転帰は治癒、寛解、軽快、不変、増悪、死亡、その他とし、自宅退院や他院転院等の退院経路とは混同させない。

治　癒　：退院時に退院後に外来通院治療の必要が全くない、又はそれに準ずると医師が判断したもの。

軽　快　：疾患に対して治療行為を行った結果、改善が明らかにみられたもの。外来等において引き続き継続的な治療を必要とするもの。

寛　解　：疾病に対して治療行為を行った結果、見た目上、治癒しているが、根本的には治癒しておらず、引き続き断続的な経過観察を必要とするもの。

不　変　：疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、それ以上の改善が見られず不変と判断されたもの。検査又は精査を目的とした場合の転帰としては適用しない。

増　悪　：疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、改善が認められず悪化という経過をたどり転帰となったもの。

死　亡　：死亡退院したもの。

その他　：検査終了等

６．診療上重要な検査を実施した場合の結果も記載する。

７．記載医師は署名をすること。　なお、研修医が記載医師の場合は助教以上の指導医師が検閲し署名を行う。

Ⅴ、アレルギー等の記録

１．オーダリングシステムの患者プロファイルに入力し、出力したものを添付する。

Ⅵ、入院基礎データの記載

１．入院時の記録（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、全身所見等）は予め形式化し、漏れなく記載する。短期入院、局所診療を主体とする診療科も記載する。

２．バイタルサインは必ず記載する。（測定できない場合はその旨を記載する。）

３．家族歴の記載に家系図を用いる場合は、別紙「家系図の書き方」に従う。

４．記載日を記載し、記載者は署名する。

５．所定の用紙以外に記載する場合は、別記と記載する。

Ⅶ、　医師経過記録（以下 2 号用紙という）の記載

１．診療録は毎日記載することが基本で、記載がないと患者を診ていないことになる。し

たがって、主治医が学会等で不在の時は代理医が記載する。退院日、転科転棟日にも必ず記載し、退院日が休日等で患者を診に行けない場合にも、後日に著変なく退院した等の事実は最低限記載する。連休中、やむを得ない事情により診療録の記載が困難な場合は、連休中の患者の状態について連休明けに記載することとし、また、連休明けに記載した事実も必ず記載する。

2．ICU 入室中も当該科は毎日記載する。

3．日付の記載

① 入院中に年号が変わった場合、左上欄外に年号を記載する。

② 月日欄は必ず記載する。

③ 時刻は必要に応じて記載する。

④ 緊急入院は入院時刻も必ず記載する。

4．診療録の署名は、誰が記載したかを明確にするためである。したがって記載の最後の行のサイン欄に（ページをまたがって記載する場合はページの最後のサイン欄にも）署名する。署名は誰の署名か判別できるように明瞭に記載し、印鑑等は他人の使用が可能なため使用しない。

5．2 号用紙右上欄外の所定の位置に患者名を記載する。

6．記載は POS に基づき SOAP 方式で記載する。

① 問題(Problem)と Problem №は常に一致させ記載する。

② 解決した問題番号は欠番とする。

7．入院期間が 2 週間以上になる場合はウィークリーサマリーを書く。ウィークリーサマリーは期間（何日から何日まで）を明記し作成者は署名する。ただし、クリニカルパスを使用し、クリニカルパスに充分な内容が記載されている場合は不要とする。

ウィークリーサマリーは入院期間が 2 週間を超えた場合に作成し、その後は 1 週間毎に作成する。

8．診療録には症例検討会（カンファレンス）等の内容も記載する。カンファレンス専用用紙を有効に利用しても良い。ただし、教授回診とは区別して記載する。

9．回診の記録は、回診日、回診者名、コメントを記載し、記載者が署名する。

10. 診断、或いは治療内容を文書で説明を行った場合、説明文書を添付し、説明した事実のみの記載ではなく、具体的に、何時、誰（例：患者の父「名前」等）に、誰が、誰と、どのような説明を行い、同意、承諾したか記載し、説明医師、同席医師は署名する。看護師の立会いがあれば、看護師名を記載する。なお、口頭で説明した場合も文書説明に準じて記載する。

11. 外来で入院治療計画内容等の説明を行った場合、入院診療録にも外来での説明内容をできるだけ詳しく記載する。

12. 検査等の記載は、依頼日にその旨を記載し、検査結果通知があった日にも記載する。

13. クリニカルパスを開始する場合、またはバリアンスが生じてクリニカルパスを中止する場合、何れにおいても 2 号用紙及び指示録にその旨を記載する。但しクリニカルパスのみで運用する場合はこの限りでない。

14. 検査データ（数値）を記載した場合は必ずコメントも記載する。データは0、コメントはAまたはPに記載する。
15. 緩和治療を行っている場合は、特に患者の訴えを診療録に記載する。
16. 他院撮影の画像診断記録を当院で保管する場合（他院へ返却不要の場合）は、画像診断記録の種類、撮影医療機関、及び当院で保管する旨を記載する。
17. 研修医が記載した場合は記載者が署名したうえ、指導に関わる医師は最低１日１回は記録内容を監査し、必要に応じて加筆、訂正を行い、最後尾に署名する。
18. 診断、或いは治療の説明内容を研修医が記載した場合、記載者が署名したうえ、指導医が検閲し、署名する。
19. 学生が記載する場合は、学生はまず別用紙に下書きを書き、指導医は下書きを評価し、加筆、訂正を行う。学生は指導医が加筆、訂正した内容に沿って診療録に記載し、ポリクリの学生であることを明記するため㊙と記載し、署名する。指導医は記載内容をチェックし、必要に応じて更に加筆、訂正を行い、最後尾に署名する。
20. コメディカルが記載する場合、時系列に記載できるように注意する。

Ⅷ、依頼書・回答書の取扱

１．依頼書、回答書は、書き手側に原本を残す。（ノーカーボン紙を下にして記載すると字が写るので注意して保管する。）
２．診療録に記載する必要のある医師への依頼は依頼書に記載し2号用紙に貼付する。

Ⅸ、診断書の取扱

１．診断書は原紙（１枚目）を診療録に綴る。
２．死亡診断書（役所提出用）は公印を押印する際、複写し病歴室で診療録に綴る。
３．将来日の診断書は作成しない。

Ⅹ、入院治療計画書の交付

１．入院治療計画書は入院日から起算して7日以内に、患者に交付し、説明を行う。

ⅩⅠ、紹介状の取扱

１．紹介状は検査台紙に貼らず直接綴じる。
２．紹介患者が外来を経由して入院になった場合、他院からの紹介状は原則として外来診療録に貼付し、必要に応じ入院診療録にコピーを添付する。
３．紹介元への報告書は、必ず退院時に作成し、検査結果等が未着である場合には、報告書にそのことを明記し、退院後、結果を報告する。
４．研修医が記載した場合には、指導医がチェックし、研修医と指導医が連名で署名する。

ⅩⅡ、手術記録の記載

１．入院中に手術を行った場合は、執刀日を手術日とし、手術記録を速やかに作成する。
２．主科でない診療科の医師が手術を行った場合は、手術を行った医師が手術記録を作成し、主科の入院診療録に添付する。

ⅩⅢ、リハビリテーション医療依頼の返事用紙の署名

１．リハビリテーション医療依頼の返事用紙にはリハビリテーション医が署名する。

XIV、病理診断の報告書の貼付

1．病理診断の報告書にはプレパラートが付いているため、報告書とともに医局で保管し診療録には同サイズで複写し貼付する。

XV、同意書等の取扱

1．同意書を作成する場合は当院の雛形である「手術・検査・処置等実施同意書」の項目に準じた項目とする。

2．患者の署名がなくとも誰の書類か特定できるような書式にする（患者の氏名欄と署名欄を区別して作成する)。やむを得ず、書式の未整備等で患者署名欄しかない書式を使用する場合は同意書右上に患者氏名を記載する。

3．外来で入院の治療に関する同意書を記載する場合、記載漏れが無いよう注意するとともに、入院診療録にその旨を記載する。

4．重複した（内容が同じ）書類は作成しない。重複した場合は前回分を破棄する。

5．説明者、立会人は署名する。

6．説明医師として研修医が署名している場合は、内容確認のうえ指導医も署名する。

7．患者が署名できない場合には患者署名欄は空白にし、保証人は代筆しない。代理人が本人署名をしてしまった場合は、代理人自身に本人署名部分を二重線で削除してもらう。

8．家族が病院不在時に本人が署名できない状況において、緊急に検査・手術等が必要となり、家族に電話で説明し同意を得て検査・手術等を行った場合は、診療録に医師が経緯を記載する。

9．同意日付は、治療までの間隔が空いても同意した日を必ず記入する。

10．2号用紙や白紙用紙を説明文書として使用した場合は、「○○についての説明」等のタイトルを明記し、同意書と併せて添付する。

XVI、外出・外泊に関する管理票の記載

1．外出・外泊に関する管理票（許可書）は必要事項を記載する。

XVII、指示録の記載

1．医師は指示した項目の最後に署名する（2 号用紙と同様)。看護師は指示受けした項目の最後に署名し、その間は上向きの矢印（↑）を記入し、指示受けの範囲を明確にする。

2．研修医が特に化学療法等重要な指示を行う場合は、指導医が指示内容を確認し、研修医とともに指導医も署名を行う。

3．クリニカルパスを開始する場合、またはバリアンスが生じてクリニカルパスを中止する場合、指示録及び 2 号用紙に、指示のみのクリニカルパスの場合は指示録のみに、その旨を記載する。但しクリニカルパスのみで運用する場合はこの限りでない。　また、複数のクリニカルパスを使用する場合、２件目以降はクリニカルパス名を併せて記載する。

4．指示内容に訂正があった場合には、何を訂正したか分かるよう二本線で訂正し、訂正者が判別できるように捺印もしくは署名する。

５．空白は作らない。やむを得ず空白ができた場合は、〆印で空白であることを示す。

XⅧ、クリニカルパスの記載

１．クリニカルパス推進委員会で認められた様式を使用し、記載方法はクリニカルパス運用基準、使用基準及び当記載基準の該当する項目に従う。

２．入院－外来連携クリニカルパスを使用する場合、入院－外来にまたがったパスシートは、使用を開始する部署がコピーをとり、入院診療録、外来診療録の両方に添付する。

XIX、医師・看護師、薬剤師の連絡用紙の署名

１．看護師、薬剤師からの連絡、その他は内容確認後に医師は署名する。

XX、検査伝票の整理（生理検査、微生物検査、一部外注検査等伝票報告されるもの）

１．検査伝票は所定の用紙に添付し、ポケット等に検査伝票を放置しない。

XXI、薬剤実施記録の記載

１．薬剤実施記録は様式Ⅰ．Ⅱ．Ⅲを使用し、記録は薬剤実施記録記載基準に従う。

XXⅡ、診療録整理の基本

１．2 号用紙、指示録、その他患者名のない書類等には用紙右上欄外に必ず患者名を記載する。

２．2 号用紙、検査台紙等に書類の重貼、はみだし貼りはしない。（書類の折込はしない。）ただし同種検査伝票を見やすくするための数値が見える重貼は可。

３．オーダリングシステムから出力した検査データを貼付する場合は、患者名を切り取らずに貼付する。

４．診療録に貼付する写真には必ず撮影日・患者名を記載する。写真に余白がない場合は、裏側に撮影日・患者名を記載（患者名シールでも可）する。

XXⅢ、その他

１．プリントアウトして診療録に添付する書類については、手書きの署名をする。

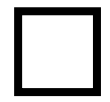
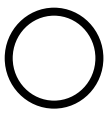
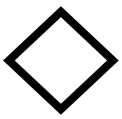
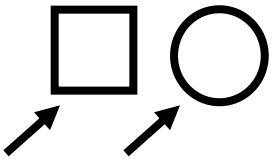
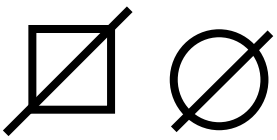
２．診療録を分冊する場合は分冊基準（ファイル順序等）を各病棟で決め、書類等の所在が明確になるようファイルする。

３．後日判明した検査結果の誤りは、主治医（主科の責任ある医師）が、その責任の下で患者に説明し同意を得て訂正する。訂正理由・訂正日時を記載し、訂正者及び関係者の署名捺印をする。

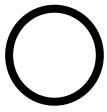
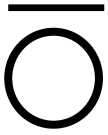
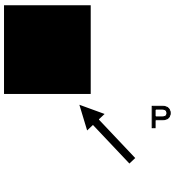
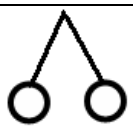
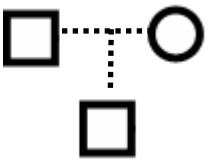
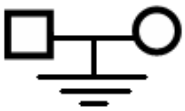
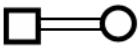
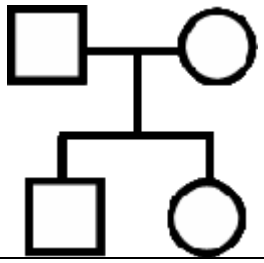
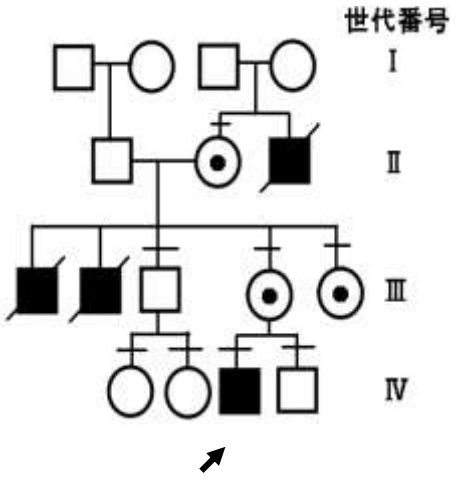
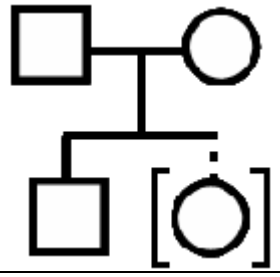
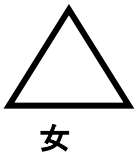
平成１７年２月　再編
平成１７年５月　再編
平成１７年７月　再編
平成１７年１１月再編
平成１８年４月　再編
平成１８年１２月再編
平成１９年６月　再編
平成２０年６月　再編
平成２１年２月　再編
平成２２年９月　再編
平成２３年３月　再編

【家系図の書き方】

基本的な家系図を記載する場合は以下の記号を使用して下さい。

				
男性	女性	性別不明	患者本人	死亡

特に遺伝性疾患の場合は以下に従って記載して下さい。

					
非羅患者 （女性）	羅患者 （男性）	検査済み （女性）	発端者（男性） ※その家系が確認されるに至った者	胎児 （男児、３３週）	保因者 （女性）
					
二卵生 双生児	一卵生 双生児	卵生不明の 双生児	未婚	不妊	近親婚
			記載例 		
生理学的親子	死産	自然流産 （性別不明）			
					
養子	自然流産 （女児）	人工流産 （性別不明）			