

急診醫學病歷寫作教學建議

第一版

急診醫學會第十二屆教育委員會

前言

本病歷寫作教學建議旨在闡述急診執業與看診邏輯於病歷寫作教學的重點，依據急診醫學臨床執業模式(Model of the Clinical Practice of Emergency Medicine，簡稱急診醫學模式EM Model)，應該在急診病歷呈現其基本重要成份、合理順序與寫作模式。期能貫串臨床執業、教學、與評鑑之需求，開拓急診病歷寫作的發展方向，擺脫不合宜之病歷寫作對急診執業、教學、與評鑑之影響，落實急診醫學執業模式與急診專科智慧，提升急診醫療品質。這份教學建議聚焦於急診醫學模式之特殊情境與邏輯下，急診病歷寫作之重點概念。至於病歷寫作之共通性基本語彙、原則，例如主訴之寫法，則不在此教學建議之旨趣。此病歷寫作教學建議將如急診醫學模式般，藉由急診夥伴們的努力，成為一個不斷精進的過程，而非最終版本。

發展歷程與誌謝

此教學建議之初稿，由周致丞醫師於2013年第十屆教育委員會提出台灣急診醫學模式說明初稿時一併產出，歷經第十屆主任委員邱德發醫師、第十一屆主任委員劉中賢醫師，與第十到第十二屆教育委員會所有委員們的共同努力而完成。第十二屆委員經由嚴謹的名義團體法專家共識程序，產生所有急診病歷寫作所應包含之概念重點，進一步篩選、匯集並命名為急診病歷寫作教學建議的五個章節，每章包含5至9個重點概念，各章重點概念參考前兩屆初稿修改或新增內容，視需要分節或融合撰寫。每章由2到3名委員草擬，第一章王嘉地、李冠儀，第二章邱俊文、侯勝文，第三章范傑閩、范修平，第四章趙從賢、張朝煜、劉中賢，第五章紀志賢、劉冠廷、蔡維德，並由副主委徐德福、楊志偉複審

與整合，草稿內容經全體委員議決審定後，經兩位副主委與主委整合編寫與潤飾後定稿。

此病歷寫作教學建議制定過程除歷屆教育委員們的努力外，特別感謝張櫻馨醫師提供法律層面相關重點，胡勝川、顏鴻章榮譽理事長的持續關心指導，與歷屆理事長的支持。

急診醫學會第十二屆教育委員會主任委員周致丞

第十屆教育委員會

理事長：蔡維謀

主委：邱德發

副主委：黃金安

委員：王嘉地、周致丞、林健盛、徐德福、劉中賢、蔡維德、張志華、莊佳璋、許宗鴻、許金旺、陳文超、楊志偉、蕭政廷

(以上皆依姓氏筆劃排列)

第十一屆教育委員會

理事長：顏鴻章

主委：劉中賢

副主委：李宜恭

委員：王嘉地、周致丞、邱俊文、侯勝文、徐祥清、徐德福、張玉喆、張志華、張朝煜、黃建程、楊志偉、楊德仁、蔡維德

(以上皆依姓氏筆劃排列)

第十二屆教育委員會

理事長：方震中

主委：周致丞

副主委：徐德福、楊志偉

委員：王嘉地、李冠儀、邱俊文、侯勝文、紀志賢、范修平、范傑閔、張朝煜、趙從賢、劉中賢、劉冠廷、蔡維德

(以上皆依姓氏筆劃排列)

章節

一、基於急診執業思維邏輯的病歷寫作

二、急診病歷基本架構

三、病程記錄

四、照護轉移

五、法律及保險特殊規範，特殊情況記錄

一、基於急診執業思維邏輯的病歷寫作

急診醫學模式(EM model)指出，病人來到急診通常以症狀和癥候來表現，而不是已知的疾病或病症。因此，急診醫師進行臨床診療時，通常由辨識病人臨床表現中，指向特定診斷之形態辨識作為開始。「形態辨識」或稱「模式辨識」(Pattern Recognition)是急診醫學臨床執業的特點和基礎，引導著整個診察病人過程中，診斷性檢驗與治療性介入的處置。如此重視「形態辨識」乃急診醫學與其他專科於診斷學上的特色差異，真實反映出急診醫學著重於關鍵瞬間、有限訊息與資源下，能及時搶救生命之「救急、急救」特色。據此原則所發展的急診醫學核心勝任能力中之「焦點式病史詢問及身體診察」，即是急診病歷寫作背後所根源之能力，而所謂的焦點亦即形態辨識過程中所指向的疑似診斷。

急診醫學模式強調，蒐集資訊的每一刻都動態地產生一系列的「焦點」，再根據心中所思考的焦點以封閉式問題來聚焦於釐清是否有「典型症狀」，於病歷上註記相關「陽性」典型症狀與「陰性」典型症狀以呈現問診當時所懷疑之診斷，「陽性」典型症狀增加懷疑診斷之可能性與適當性，而「陰性」典型症狀則降低懷疑診斷之可能性與適當性。每一刻的「焦點」呈現當時急診醫師針對懷疑診斷可能性與適當性之判斷，也影響後續每一刻所聚焦之「陽性」典型症狀與「陰性」典型症狀，此一動態過程，亦為急診醫師思考邏輯之呈現。而身體診察的記錄亦聚焦在有助於釐清焦點之檢查，病歷同樣註記此部份之陽性與陰性發現。急診醫師在心中會動態地將病人的急迫性分為危急、緊急、非優先三個等級，而一位急診醫師真正關心的「焦點」在於可能會出現危急或緊急狀況者，亦即急診醫學模式中「醫學知識、病人照護和操作型技能的清單」所列。

急診的資訊蒐集與醫療處置是同時的，越是危急病人，越應於蒐集病史同一時間進行診斷性檢驗與治療性處置，而每一階段的檢驗與處置帶來的訊息，又再回饋到焦點的釐清，產生下一階段的檢驗與處置，這樣一體三面的網絡循環式思考模式，往往發生在急診醫師接觸病人極短的時間內，越是危急這樣的網絡循環越密集。相較於其他專科診斷處

置，強調完整蒐集資訊後再綜合判斷可能診斷清單，接著擬定治療計畫的線性式思考，且病人越危急、此差異越明顯。根據此看診特性，急診的病歷寫作將分為接觸病人時的第一階段病歷紀錄，與隨後狀況改變時或新資訊蒐集後的病程寫作。簡言之，其他專科問診方式著重於系統性地完整收集所有資訊，再由其中綜合判斷出最可能診斷與治療計畫，著重詳細毫無遺漏。而急診醫師每一刻都懷抱著聚焦的想法，在簡短的開放性主訴後，以封閉式問題快速釐清有無急診所關切的急症之可能，著重快速聚焦。

基於醫療任務特性及時間限制，急診病歷和住院病歷大不相同，文法完整的語句並非必要(語意須注意完整表達，避免造成誤解)，但記錄時仍需注意事件前後的順序及因果關係。

二、急診病歷基本架構

急診第一階段的病歷紀錄應有的基本架構與組成順序如下，但此為基本核心，各機構可據此調整：

(1) 主訴(Chief Complaint)

主訴的判定本身就是產生問診焦點的第一步。由於急診病人常處於急迫和不確定狀態，病人或其他病史提供者的描述常常語意模糊，因此得到的主訴可能只是一連串非特定性的描述如頭暈、全身不適等等。相較於急診臨床經驗較少的醫師，一位有經驗的急診醫師應能從一連串含糊的描述或病人抱怨中篩選出關鍵者成為主訴，其中隱含了急診醫師對急症的敏感度與形態辨識的反應能力。經由病人的自訴症狀或觀察到的異常生理癥候，短時間內描寫出本次就醫的初步關鍵點成為主訴。

主訴包括一段症狀的描述與症狀發生的起始時間，需要注意的是，症狀的起始型態會帶給急診醫師關於這個描述的緊急性與性質之重要線

索，但卻很容易被年輕醫師忽略。時間的記載應以發生至就醫的時間段落為宜，避免僅使用日期的記載。

重症患者有可能意識不清或昏迷，因此主訴欄位若是由他人(如家屬或救護技術員)代訴，儘可能於病歷上註記代訴者身分。此外，雖然急診醫師以忠實記錄病人之主訴為宜，但也要同時理解病人的教育程度、生活環境與檢傷環境之隱密性都會影響主訴之表達。許多病人會把對於醫療的期望當做主訴，例如：『我想做胃鏡』(其實是心肌梗塞)，或『我想驗孕』(其實是被性侵)。此時除了忠實記錄之外，也應追問病人的不適與可能的就醫原因，而不是單純從『解決病人主訴』之思考著手。

(2) 現況病史(History of Present Illness)

現況病史建議以兩個部分呈現，第一部分描述性別年齡、重要相關背景與病史。所謂的焦點式問診，其焦點的產生常來自於病人主訴及其重要相關病史與病人背景的交互作用，所以主訴加上背景病史之後，就會產生接下來第二部份所要圍繞的思考「焦點」。

第二部分則是延伸主訴的相關描述，記錄其症狀表現程度，並寫出所懷疑的焦點群中相關的陽性表現及陰性表現。許多主訴都有其特定需記錄的相關症狀，不論其陽性及陰性表現均有助於釐清看診當時高度懷疑的診斷、狀況及急迫性，並排除相關重要診斷，這部份的記錄對急診醫師相當重要，結合陽性與陰性表現的記錄更能保障病人安全、擴大診斷思考的涵蓋範圍，並避免醫師陷入自然病程變化與事後諸葛所造成的困境，充分支持當時為何做了哪些檢查與處置，卻不做哪一些檢查與處置。綜合陽性與陰性的病史(與身體診察)，有助於急診醫師建立目前病人對於某診斷的測前機率(pretest probability)，進而採取適合的檢驗檢查與治療。而病歷上關於病史與身體診察的紀錄，自然形成了對於醫師是否採取適當行動的最佳佐證。

此外，對於外傷病人，需記錄相關的受傷機轉及是否有防護機制，以幫助判斷潛在傷害的可能性。對於有感染疑慮的病人，則需記錄病人相關的旅遊史、職業、接觸史及群聚史(TOCC)。

(3) 其他相關病史 (Other Related History)

1. **過去病史(Past history)**：於現病史的第一段落僅提到與主訴有重大關連的背景病史，較詳細的過去病史部份例如慢性病、開刀史、用藥史等，應於此記錄。在急診的過去病史記錄應該呈現重點總結式的描述，而非把過去病歷摘要鉅細靡遺、一字不漏的複製。
2. **過敏史(Allergy history)**：若病人過去有對食物或藥物等過敏的紀錄，應描述過敏原及過敏反應。若因為臨床限制無法得知，宜記錄『無法取得過敏史』。『無過敏史』一般意指目前為止沒有用藥過敏之紀錄。
3. **個人史(Personal history)**：與疾病相關的生活習慣，家族史；女性生理期時間與生育史等。

(4) 身體診察 (Physical Examination)

急診醫師診治病人過程，首要排除與主訴相關的可能致命，或一旦延遲診斷或治療對預後會有極大影響的疾病，而病人是否有這些疾病相關的徵兆，就是問診、診察的重點，同樣也是病歷記錄的重點。延伸焦點式問診的邏輯，身體診察的重點在快速提供客觀佐證，來協助確認或排除問診時所懷疑的初步診斷。對於體表層病灶分佈、深部定位、外傷傷口特徵等，除了文字描述外，身體診察的紀錄亦可包含手繪描圖、於現成圖像上標示、或相片等方式呈現。急診的診療同時重視效率與效能，不影響判斷或處置之檢查可以不做。所以在病歷的寫作上必須跳脫傳統住院病歷全面性身體診察記錄的迷思，聚焦於必要之檢查。急診病歷以記錄該次「焦點」相關之病史與身體診察為原則，在臨床的實務上需謹慎忠實於記錄自己應執行並有執行之身體診察。

(5) 初步診斷(Impression)

許多時候在初步問診與身體診察結束時並未有較具體的診斷。此時可使用較廣泛之診斷辭彙，但應加註懷疑的診斷(Suspect)或想排除的診

斷(Need to rule out)，來記錄當時的思考方向，以利記錄者的臨床思路及醫療人員間的快速溝通。

(6) 初步檢查/治療計畫(Plan)

根據初步的診斷，記錄合乎急診思路的檢查和處置。所開立的檢查和處置，必須能夠說明臆測和初步治療計畫之間的關係。

三、病程記錄

因應急診病情的動態屬性，狀況改變或出現新的檢查與處置的結果時，需重新聚焦思考，並以病程記錄來呈現，寫下對病人後續檢查、治療的計畫，適時的在病程記錄中呈現理由。另外，因為急診上班的特性，病人往往會歷經多位醫師診治，在病歷上詳細的病程記錄，可幫助接班者更快掌握病情，瞭解交班者的思慮，進而達到更完善的照護品質。

病程記錄並無強制性的格式，建議可以使用POMR和SOAP (Problem-Oriented Medical Record and Subjective Objective Assessment Plan)等紀錄模式。延續前列病歷內容，仍以聚焦性表明診斷動態過程的邏輯進行記錄。記錄亦無強制的時間點，任何時間，只要有新的病情變化，新的結果或資訊取得，新的想法或計畫產生，都可以是一次的記錄，若病人暫留時間超過一個班別，建議最好每個班別至少要有一次的病程記錄。在危急或緊急的情況之下，可以運用『優先及延緩 (prioritize and defer)』概念，先快速聚焦地診察及立即治療，待病人稍穩定後，視狀況需求予以隨後補充記錄。待有新事證時則需再重新聚焦，反覆使用優先及延緩的複合概念，直至病人最終接受妥善處理。此外，聚焦式的病歷寫作會受到執業經驗的影響，可能無法有效聚焦，或遺漏重要訊息而不自知，因此建議在訓練過程中的醫師可運用系統審視 (review of systems)的提醒來作為安全網，以減少重大疏漏。雖然此舉可能模糊快速聚焦的急診特性，但可作為在訓練過程中的輔助工具，並

非急診醫學本質目的，已有勝任能力的急診醫師，當能自行取捨運用適合的模式。

急診執業具有相當的法律風險，要降低風險，除了要有優秀的臨床能力外，更重要的是有能力記錄『具有法律敏感度的病歷』，法律相關層面詳述於第五章；再者，急診病人病情變化有時非常快速，或是要在短時間內處理多位病人，往往沒有時間進行病程記錄，但建議事後仍需補寫病程記錄。

依據各種病程或臨床處置的變化或進展，病程記錄包含的內容建議如下：

1. **病情變化**：疾病是個動態過程，部分病史亦可能無法於第一次接觸時完整取得，因此隨時記錄及更新病情病況，是讓病歷完整的重要一環。
2. **檢查及檢驗結果的記錄**：有重要檢查及檢驗結果時，在病歷上簡要敘述，可佐證已做判讀，並做出適當處置。
3. **會診結果(Consultation Note)**：病歷上應記載照會科別、醫師和時間，以及會診摘要內容。
4. **侵入性技術記錄(Procedure Note)**：若於急診進行任何侵入性技術，應記錄其侵入性技術名稱、適應症、位置、使用器械、結果發現、及相關檢體等。
5. **計畫及病人動向(Plan and Disposition)**：當診斷未明時，應記錄後續的診療計畫；當診斷已明確時，應記錄病人後續的處置動向計畫。目的在於病歷回顧時，可以了解當時診療者的臨床思路。
6. **病情解釋與風險告知**：詳細的病情解釋及明確的風險告知，可以降低後續發生醫療糾紛的可能，但口說無憑，適時的在病歷上記錄，以茲佐證。

7. 高單價或侵入性檢查的適應症：為避免全民健康保險事後核刪及併發症產生後的糾紛，可於開立檢查時，於病歷載明理由及適應症。

四、照護轉移

病人在急診醫療階段性任務完成後，便需決定此次急診之動向，此時可完成總結性摘要，及病人照護轉移應包含之病歷記載。建議可包括最後所達到的診斷進展(不論已確診或未定待後續診斷)、動向之去處(包括追蹤與回診之安排)、治療之建議，給予之衛教與醫療指示，與後續照護者之交班等內容。一般而言，病人可能之動向為離院(Discharge)、住院(Admission)、院內轉診(In-hospital transfer)、院際轉診(Inter-hospital transfer)與死亡(Death)等。

急診部門應主動提供動向為離院的病人衛教與注意事項，並在病歷載明。例如初始以上腹痛或肚臍附近疼痛表現的病人，需告知其應注意腹痛是否轉移至右下腹(闌尾炎)；感冒的病人應衛教其注意是否發生胸痛、呼吸困難的症狀(心肌炎、肺炎)，若有這些變化應盡速就醫。衛教內容除記錄於病歷外，亦可藉由製作衛教單張交付病人。病人離院前的動態記錄十分重要，要讓病人離院時，應再次評估病人的病況與生命徵象，擇要記錄離院狀態確認當次主訴有所改善，及向病人/家屬說明病況的過程。如無特殊情況，可記載如「Symptoms subsided/ improved → Discharge」。此外臨床實務已出現過多起糾紛是起因於病人經檢查後已得知報告有異常，卻因病人未回診或醫師未留意到報告異常，以致病人無法及時獲得這些重要資訊而延遲治療所導致的醫療糾紛事件。為了避免類似的糾紛事件，建議記錄回診之安排。若為自動離院，需記錄病人離院時之狀態、自動離院之原因、以及可能動向。

對於住院病人，不論住院至病房或加護病房，在醫師或護理病歷紀錄上需簡要記錄轉送前的病人狀況。住院病人於單位與單位之間轉

移，需依院方規定進行交班，並完成所需之院內交接記錄。轉院之病人需要依轉院程序完成醫師與醫師間的交班，並附上病歷摘要及相關資料，方便照護轉移後之醫師接手處置。遇到轉院的特殊狀況，例如不依建議搭乘救護車轉院、或已告知對方醫院接手有困難仍堅持轉院等，要確實記錄清楚。部份病人或家屬有與臨床專業裁量不符之要求時，可考慮將簡要之溝通內容及家屬身份以中文呈現，避免因中英翻譯而造成的困擾。若病人不幸身故，病歷上也應記錄死亡時間及死亡原因等死亡診斷書相關內容，作為日後回溯病人的重要依據。

五、法律及保險特殊規範，特殊情況記錄

(1) 健保規範下的考量

目前國內的健保費用為總額制度，申請健保費用的急診個案，都有機會被隨機抽樣審查醫療費用的適當性。所有的醫療處置，檢查，藥物使用，病歷上都應該呈現合適的原因。健保費用審查為書面作業，病歷內容太過於簡單，缺少重要決策過程內容之描述，或無呈現當時情況的完整性，都將無法說服審查人員同意給付個案的醫療費用。

(2) 法律規範/醫療相關法律/一般法規

急診病歷記錄為具有法律效力之文件，醫師應遵行法規的要求，完成必要之記錄。醫療法(106.5.10公布)第67-68條規定，除了醫師所製作之病歷外，包括檢查檢驗資料與其他各類醫事人員執行業務所製作之記錄，皆為「病歷」。醫師對於非本人所製作的病歷雖不負直接責任，卻需注意所製作的病歷，與檢查檢驗報告或其他人員之記錄是否矛盾，有無忠實記錄當下看診的事實。病歷或記錄如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日，刪改部分應以畫線去除，不得塗燬。目前許多醫院已使用電子病歷，電子簽章的使用效力等同簽名蓋章。電子病歷也有修改的功能，

但電子病歷系統會留下每一筆修改的時間與內容的紀錄，修改需依當下看診的事實。

急診醫師在處理或判定末期病人時，根據安寧緩和醫療條例(104.1.16公布)第2條規定，應於其病歷記載下列事項：一、治療過程。二、與該疾病相關之診斷。三、診斷當時之病況、生命徵象及不可治癒之理由。

醫療糾紛事件之醫療鑑定過程，對事實認定最主要的依據來自於病歷內容，因此良好的病歷紀錄對醫師而言實為重要之事。從法律的角度來看病歷寫作應注意幾項重點：

- 1. 從病歷上能看得出符合邏輯性的診斷：**最好可排除其他重要疾病，尤其是危急或延遲治療對預後有嚴重影響的疾病。如果有醫療糾紛事件，第三者進行醫療鑑定做病歷審閱時，至少相關的紀錄要能說服鑑定者，事發當時的臆斷或處置具有合理性。處置呈現於開立之醫囑，而臆斷及處置的邏輯原因呈現在病歷記載。能於病歷呈現事發時處置的邏輯性為最佳，不具合理性的診斷很容易被認定有過失。
- 2. 診治過程中，重要檢查或治療施行/不施行的理由：**越具風險的處置，其適應症就要被記錄的越明確。反之，當醫師考慮病人應該進行某項重要的醫療處置，尤其該處置對於病人的預後可能有極為關鍵的影響，但卻因故未被進行時(如病人拒絕、病情考慮)，未施予該項醫療處置的理由，應能從病歷得知，最好應在病歷上詳載。除醫護的醫療紀錄外，如原因是病人拒絕，亦可以中文描述於病歷中，再請病人或家屬簽名。
- 3. 病人離院前的動態記錄：**詳見四、照護轉移第二段說明。
- 4. 離開急診時應衛教病人返家須注意事項，且應記錄於病歷：**急診病人離開急診時，可能尚未確認診斷但因治療後症狀改善而先允以離院，離院前應衛教病人返家後應注意的事項。衛教內容除記錄於病歷之外，亦可藉由製作衛教單張交付病人，並請其簽收

註記於病歷上，也可預約掛次專科門診回診並留存記錄於病歷上，這表示已經對出院病人做了適切的安排。

(3) 特殊情境的記錄考量與通報義務

看診時如果遇到下列的特殊情境：法定傳染病、家庭暴力、兒虐、性侵害等等，除了參照本文前段指引完成詳實的醫院病歷記錄之外，另外須依照當地衛生主管機關的規範與要求，完成其他相關記錄作業和通報程序，包含但不限於會診社工紀錄、衛生局或衛生福利部之家庭暴力診斷書、兒虐評估單、及線上通報等文件。

(4) 一般保險

保險機構審核被保險人給付申請時，除了調閱病人的病歷之外，也要求醫師開立診斷證明書。診斷證明書之診斷內容和囑言跟醫院病歷的記載應該符合一致。診斷證明書是法律文件，是醫院病歷的一部分。診斷證明書最好由看診醫師自行開立，確認診斷內容和囑言的正確性；如非看診醫師開立，僅可依病歷記載開立，切勿多做診斷及解釋，以免和當初看診醫師有出入。診斷證明書顧名思義為診斷證明之文件，如果病人或一般商業保險機構要求提供更多詳細的資料，請保險機構或病人調閱其個人病歷，參閱病歷裡面之紀錄即可。無需在診斷證明書上做過多不必要的註記和說明。

(5) 病人與家屬之參與及反應

病人與家屬之參與及反應，通常為醫療決策過程中的重要部分，急診醫師需要盡所能重點的記錄其參與、反應過程、及最後決定，必要時記錄關鍵決定人。家屬身分，例如父母，兄弟等等，必須清楚記錄，才可真實呈現跟還原當時參與的身分和釐清狀況。