

信州大学医学部附属病院診療録記載要項

1. 診療録の記載

診療録の記載については、医師法第24条第1項に「医師は診療したときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。」とあり、法的に義務づけられている。

診療録の必要事項は、医師法施行規則第23条及び療養担当規則第22条・保険診療における診療録の様式第1号(一)で規定されており、保険医は、傷病名、診療開始年月日、終了年月日、主要症状、経過、手術及び処置等を記載しなければならない。

本院での記載については、「信州大学医学部附属病院 カルテの書き方」に沿って記載する。

なお、この要項は「診療録の電子媒体による保存」「文書管理システムを利用した電子化保存」も含むため、電子保存の三原則「真正性」「見読性」「保存性」に準じた電子保存関連補足については、厚生労働省「診療録等の電子媒体による保存」「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第3版」及び「e-文書法＝電子文書法(平成17年4月に施行)」に基づいた「信州大学医学部附属病院電子保存管理要項」又は「信州大学医学部附属病院電子保存に関する運用管理要項」に準ずる。

(ア) 記載の原則

- ① すべての医師は診療に際し、診療記録を診療から24時間以内に遅滞なく入力しなければならない。
- ② 記載は、原則として日本語で記載する。
- ③ 電子カルテに記載の際は、テンプレート、プロブレム及びツール等を使用し記載することが望ましい。
- ④ 加筆、削除及び修正は、医師の責任下で行う。

(イ) 記載の留意事項

- ① 診療録は、医師の私的のメモでないことを十分意識し、事実を正確かつ客観的に記載する。
- ② 症状、所見及び治療計画等は、簡潔で明瞭に記載する。
 - a. 記載者以外の人が見ても診療内容が妥当であると納得できるような記載を心がける。
 - b. 患者の訴えや不満は内容を正確に記載し、記載者の主観を混えない。また、訴え等に対する対応についても記載する。
 - c. 他の医療スタッフからアドバイスがあれば、その内容と対応を記載する。
 - d. 以前の記載と矛盾が生じた場合は、その理由を明らかにする。

(ウ) 患者や家族に対する説明内容は、正確に記載する。

説明者、説明日時、相手方及び同席者、説明内容、質問と回答等を必ず記載しておく、また、電話での対応についても同様に記載する。

(エ) 診療録は、公的な記録であり、開示請求の対象であることを認識して記載する。

- ① 患者のプライバシー、性格及び態度等、臨床的に必要でないものは、記載しない。
- ② 他の医療スタッフとのトラブル及び他のスタッフに対する非難や批判は、記載しない。

(オ) 事故発生時には、患者の態度や実施した処置の内容等の記録が極めて重要となる。

正確な事実を時系列で記載し、後に事実経過の検証と問題点の解決が容易に行なえるようにする。

(カ) 禁忌薬剤に関する記載

薬剤アレルギー(治療薬、麻酔薬及び造影剤等)について記載する。

(キ) 傷病名の記載

- ① 傷病名は、必ず記載する。

傷病名は、初診時から記載する。

 - a. 医学的に妥当及び適切な傷病名を記載する。

- b. 急性，慢性，部位及び左右の区別を記載する。
- ② 新しい処置や治療等を指示した場合，及び診断がついた場合には，疑い病名を中止して，新たに確定病名を記載する。また，必要に応じて「転帰」を記載する。

2. 初診時及び外来診療録の記載

(ア) 患者情報

(イ) 初診時診断

確定診断，もしくは初診時に考えられる病名を記載する。

(ウ) 主訴

① 患者の訴える症状を具体的に記載する。

② いくつかの訴える症状の中から，代表的なものを選んで主訴とする。主訴は一つとは限らない。

(エ) 現病歴

① 現在の病気を中心に記述し，主訴に関連した病状については，年代順に追ってできるだけ正確な日付を入れながら記載する。

② 過去に主訴に関連した病状で診療を受けている場合は，その内容（診療場所，病名，治療内容と期間，治療効果等）を記載する。

(オ) 既往歴

次の項目について，その時期をつけて記載する。

a. 過去の疾患及び治療内容

b. 予防接種

c. アレルギー

d. 輸血

e. 月経及び出産歴

f. 現在使用中の薬剤

g. その他：嗜好品，渡航歴，職歴，アルコール及びタバコ等

(カ) 家族歴

① 家族の疾患及び死因等を記載する。

② 遺伝性疾患，感染性疾患及びアレルギー等に注意する。

(キ) 診察所見

① 全身状態について記載する。

② 体の各器官別及び各系統別に記載する。

③ 全ての検査結果より，必要性の高いものを抽出及び整理し，簡潔に記載する。

(ク) A：評価（アセスメント）

多くの情報の中から問題点を抽出し，緊急度及び重要度を考慮し，病態を解析することで推論及び仮説をたて，その過程を論理的に記載する。また，複数の医師での検討が行われた場合は，それぞれの意見及び検討内容を記載し，その検討により，どのような結論に至ったかを記載する。

(ケ) P：初期計画

診断計画： 推論及び仮説を実証するために必要な検査計画で，検査項目の選択及び日時を記載する。

治療計画： 診断が確定し治療を実証するために必要な検査計画で，検査項目の選択及び日時を記載する。

(コ) T：手術，処置及び治療

初診時に施行した，手術，処置及び治療の内容について簡潔に記載する。

(サ) I : 患者及び家族への説明

説明者，説明日時，説明相手，同席者，説明内容，質問内容及び回答内容について記載する。

3. 入院診療録の記載

(ア) 患者情報

(イ) 入院時診断

確定診断，もしくは入院時に考えられる病名を記載する。

(ウ) 主訴

① 患者の訴える症状を具体的に記載する。

② いくつかの訴える症状の中から，代表的なものを選んで主訴とする。主訴は一つとは限らない。

(エ) 現病歴

① 現在の病気を中心に記述し，主訴に関連した病状については，年代順に追ってできるだけ正確な日付を入れながら記載する。

(オ) 既往歴

次の項目について，その時期をつけて記載する。

a. 過去の疾患及び治療内容

b. 予防接種

c. アレルギー

d. 輸血

e. 月経及び出産歴

f. 現在使用中の薬剤

g. その他：嗜好品，渡航歴，職歴，アルコール及びタバコ等

(カ) 家族歴

① 家族の疾患及び死因等を記載する。

② 遺伝性疾患，感染性疾患及びアレルギー等に注意する。

(キ) 診察所見

① 全身状態について記載する。

② 体の各器官別及び各系統別に記載する。

③ 全ての検査結果より，必要性の高いものを抽出及び整理し，簡潔に記載する。

(ク) 出来る限りSOAPTIで記載する。

S：主観データ，患者の立場からの問題点，及び患者がどう感じどのように訴えているかについて記載する。

O：客観的データ，診療所見及び検査結果により，必要性の高いものを抽出及び整理し，簡潔に記載する。

A：経過観察日までに得られた情報に基づき，検査結果を分析し，考えられる診断，治療及び予後の見通しを論理的に記載する。また，複数の医師での検討が行われた場合は，それぞれの意見及び検討内容を記載し，その検討により，どのような結論に至ったかを記載する。

P：経過観察日の診断及び治療計画＝入院時診療計画書

診断計画：アセスメントに基づき，今後必要な検査がある場合は，検査項目の選択及び日時を記載する。

治療計画：アセスメントに基づき，新たな診断が確定した場合は，その治療法及び開始時期等を記載する。

T： 手術，処置及び治療内容

経過観察日に施行された手術，処置及び治療内容について簡潔に記載する。

I： 患者及び家族への説明

説明者，説明日時，説明相手，同席者，説明内容，質問内容及び回答内容について記載する。

(ケ) 退院時計画

入院期間が 20 日以上 of 患者に対し，退院時療養計画書を作成する。

4. 研修医の診療録記載と指導医の記載

(ア) 研修医の診療録の記載は，必ず指導医が確認を行い，記載に問題ないことの承諾を得る。

(イ) 指導医は，研修医の記載を承認したことを診療録に署名を行なう。

(ウ) 必要時には指導医も診療録に記載を行なう。

5. 退院時要約の記載

医師用退院時要約（以下「本要約」という。）は，患者の入院から退院までの診断，経過及び治療内容を簡潔かつ適正に要約するもので，入院診療の集大成である。患者及び医療従事者への情報伝達の大切な手段となるばかりでなく，病院機能評価や多くの施設認定の必要条件となっていることを十分念頭に置き作成する。

(ア) 記載の原則

(1) 本要約は，患者が入院するごとに作成し，退院後 14 日以内に完成させる。

(2) 本要約は，退院時の入院主治医又は担当医が作成する。

(3) 記事は，原則として日本語で記載する。

(4) 加筆，削除及び修正は医師の責任下で行う。

(イ) 記載の留意事項＝診療録記載留意事項に沿った記載を行なう

(1) 本要約は，医師の私的のメモでないことを十分認識し，事実を正確にかつ客観的に記載する。

(2) 記載内容は，簡潔かつ明瞭に記載する。

① 記載者以外の人が見ても，記載内容が妥当であると納得出来るような記載を心がける。

② 患者の訴えや不満や内容を正確に記載し，記載者の主観を混じえない。また，訴え等に対する対応についても記載する。

③ 他の医療スタッフからアドバイスがあれば，その内容と対応を記載する。

(ウ) 記載項目

① 患者基本情報

- ・ 患者 I D
- ・ 患者氏名
- ・ 生年月日
- ・ 年齢
- ・ 住所及び郵便番号
- ・ 退院時診療科
- ・ 退院時病棟
- ・ 入院主治医
- ・ 入院日及び退院日
- ・ 在院日数
- ・ 医師要約作成日

- ② フォローアップ
- ・ 外来⇒本院でフォローアップ
 - ・ 転医⇒他の医院でフォローアップ
 - ・ 転院⇒他の病院でフォローアップ
 - ・ 施設⇒施設にてフォローアップ
 - ・ 終了⇒治療終了
- ③ 転帰
- ・ 治癒⇒疾患が治った場合
 - ・ 軽快⇒疾患の状態が入院時よりもよくなった場合
 - ・ 不変⇒疾患の状態が入院時と変わらない場合
 - ・ 悪化⇒疾患の状態が入院時よりも悪くなった場合
 - ・ 死亡⇒死亡
 - ・ その他⇒上記以外の転帰の場合
- ④ 病名及び医療行為
- 退院時診断名
- ・ 入院主治医及び担当医が適当と思われる病名を記載する。
 - ・ 主たる治療目的（又は検査項目）の明確になった診断名を主病名とし、これを先頭に順序だてて記載する。
 - * 主病名は、疾病統計の対象になるため、患者が入院期間に転科した場合も、退院科の医師が責任もって当該入院期間の主病名を記載する。
 - ・ 病理診断がついたものは記載（悪性及び良性を明記）する。
 - ・ 併存症及び合併症も記載する。
 - * 記載優先順位：1. 主病名 2. 合併症 3. 併存症
 - ・ 炎症の場合は急性・慢性の別及び部位を記載する。
 - ・ 感染症は病原菌がわかれば記載する。
 - ・ 転帰：「治癒」「軽快」「不変」「悪化」「死亡」から選択する。
- ⑤ 手術
- ・ 入院中に行った手術名及び術式を記載する。
- ⑥ 経過要約入力
- (1) 主訴
- ・ 患者の訴える症状を具体的に記載する。
 - ・ 幾つかの訴える症状の中から代表的なものを選んで主訴とする。（主訴は一つとは限らない。）
- (2) 現病歴及び入院までの経過
- ・ 主訴に関連する疾患の入院までの経過
 - ・ 現在の病気を中心に記述し、主訴に関連した病状について年代順に追って、できるだけ正確な日付を入れ記載する。
 - ・ 過去に主訴に関連した病状で診察を受けている場合は、内容、診断場所、病名及び治療内容を記載する。
- (3) 既往歴
- ・ 過去の疾患と治療内容
 - ・ 予防接種
 - ・ アレルギー
 - ・ 輸血
 - ・ 現在服用中の薬剤

- ・ その他
- (4) 家族歴
 - ・ 家族の疾患及び死因等を記載する。
 - ・ 遺伝性疾患，感染性疾患及びアレルギー疾患等があれば記載する。
- (5) 検査結果
 - ・ 必要性の高い結果を抽出及び整理し，簡潔に記載する。
- (6) 手術記録及び病理所見
 - ・ 入院中に施行された手術の内容を簡潔に記載する。
 - ・ 得られた情報に基づき，病理所見を分析し，重要と思われる病理所見を記載する。
- (7) 院中の経過及び問題点
 - ・ 退院日までに得られた情報に基づき，入院中の経過について，経時的かつ倫理的に記載する。
 - ・ 複数の医師での検討が行われた場合は，それぞれの意見及び検討内容を記載し，その検討により，どのような結論に至ったかを記載する。
 - ・ 退院時に未解決な問題点及び今後の診療上問題となる項目を記載する。
- (8) 本人及び家族への説明
 - ・ 説明者，説明日時，説明相手，同席者，説明内容，質問内容及び回答内容について記載する。
- (9) 退院時処方

6. 改廃

本要項の改廃は，病院長の承認を必要とする。

附 則

この要項は，平成20年5月8日から施行する。