

手术及 操作日期	手术及操作名称	手术 级别	手术及操作医师			切口 /愈合	择 期	麻醉 方式	麻醉 医师	手术及 操作编码
			术者	I 助	II 助					
						/				
						/				
						/				
						/				
						/				
						/				
						/				
						/				
离院方式 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 医嘱离院 2. 医嘱转院, 拟接收医疗机构名称: _____										
3. 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院, 拟接收医疗机构名称: _____ 4. 非医嘱离院 5. 死亡 9. 其他										
是否有出院31天内再住院计划 <input type="checkbox"/> 1. 无 2. 有, 目的: _____										
颅脑损伤患者昏迷时间: 入院前 _____ 天 _____ 小时 _____ 分钟 入院后 _____ 天 _____ 小时 _____ 分钟										
住院费用(元): 总费用 _____ (自付金额: _____)										

附：产科分娩婴儿记录表：（选填）

婴儿序号	性别		分娩结果			婴儿 体重(g)	婴儿转归			呼吸			抢救 次数	抢救 成功 次数
	男 性	女 性	活产	死产	死胎		死亡	转科	出院	自然	I 度 窒息	II 度 窒息		
1														
2														
3														
4														

肿瘤专科病人治疗记录表：（选填）

肿瘤分期类型 <input type="checkbox"/> 1. P病理 2. C临床 T <input type="checkbox"/> 0/ 1/ 2/ 3/ 4 N <input type="checkbox"/> 0/ 1/ 2/ 3 M <input type="checkbox"/> 0/ 1 分期 _____						
I. 放疗 方式: <input type="checkbox"/> 1根治性 2姑息性 3辅助性 程式: <input type="checkbox"/> 1连续 2间断 3分段 装置 <input type="checkbox"/> 1钴2直加3 X线4后装						
1. 原发灶(首次、复次)剂量: CY/ 次/ 天; 起止日期: 年 月 日至 年 月 日						
2. 区域淋巴结(首次、复次)剂量: CY/ 次/ 天; 起止日期: 年 月 日至 年 月 日						
3. _____ 转移灶剂量: CY/ 次/ 天; 起止日期: 年 月 日至 年 月 日						
II. 化疗 方式: <input type="checkbox"/> 1、根治性 2、姑息性 3、新辅助性 4、辅助性 5、新药试用 6、其他						
方法: <input type="checkbox"/> 1、全化、2、动脉插管、3、胸腔注、4、腹腔注、5、髓注、6、其他						
起始日期	结束日期	药物名称(剂量)			疗程	疗效(消失、显效、稳定、进展、未定)
						CR、PR、SD、PD、NA
						CR、PR、SD、PD、NA
						CR、PR、SD、PD、NA

说明:

- 1、付费方式 1-城镇职工基本医疗保险 2-城镇居民基本医疗保险 3-新型农村合作医疗 4-贫困救助
5-商业医疗保险 6-全公费 7-全自费 8-其他社会保险 9-其他
- 2、病人来源: 1-医院所在区县 2-本市其他区县 3-本省其他市 4-外省市 5-港澳台地区 6-外国