

(组织机构代码:49319708-2)

住院病案首页

医疗付费方式:

健康卡号：—

第 2 次住院

病案号:

姓名 [REDACTED] 性别 ☒ 1.男 2.女 出生日期 1967-08-29 年龄 52岁 国籍 中国

(年龄不足1周岁的) 年龄 - 月 新生儿出生体重 - 克 新生儿入院体重 - 克

出生地 山东省 籍贯 山东省 民族 汉族

身份证件类别 ☐ 0.居民身份证 1.护照 2.港澳台居民身份证/通行证 4.旅行证 9.其他

证件号 [REDACTED]: ☒ 2. 1.未婚 2.已婚 3.丧偶 4.离婚 9.其他

现住址 [REDACTED] 电话 [REDACTED] 邮编 255400

户口地址 [REDACTED] 邮编 255400

工作单位及地址 [REDACTED] 单位电话 [REDACTED] 邮编 -

联系人姓名 [REDACTED] 关系 夫妻 地址 - 电话 [REDACTED]

入院途径 ☒ 1.急诊 2.门诊 3.其他医疗机构转入 9.其他

入院时间 2019-12-07 19:10 入院科别 心脏科一病区 病房 心脏一病房 转科科别 -

出院时间 2019-12-29 07:01 出院科别 心脏科一病区 病房 心脏一病房 实际住院 22 天

门(急)诊诊断 急性心肌梗死 疾病编码 I21.900

出院诊断	疾病 编码	入院 病情	出院诊断	疾病 编码	入院 病情
主要诊断 急性心肌梗死	I21.900	1	其他诊断 -	-	-
其他诊断 冠状动脉粥样硬化性心脏病	I25.103	1			
冠状动脉支架植入后状态	Z95.501	1			
心室血栓	I51.301	1			
脑梗死	I63.900	1			
肝功能不全	K72.905	1			

入院病情: 1. 有, 2. 临床未确定, 3. 情况不明, 4. 无

损伤、中毒的外部原因： -

疾病编码 —

病理诊断 -

疾病编码 -

病理号 -

最高诊断依据- 药物过敏 ☒ 1. 无 2. 有, 过敏药物: — 死亡患者尸检 ☐ 1. 是 2. 否

血型 1. A 2. B 3. O 4. AB 5. 不详 6. 未查 Rh 1. 阴 2. 阳 3. 不详 4. 未查

护理级别: 1. 特级护理-天 2. I 级护理-天 3. II 级护理22天 4. III 级护理-天

科主任	主任(副主任)医师	主治医师	住院医师
-----	-----------	------	------

医疗组: 责任护士: 进修医师: 实习医师: 编码员:

病案质量 1 1. 甲 2. 乙 3. 丙 质控医师 XXXXXXXXXX 质控护士 XXXXXXXXXX 质控日期 2019-12-31

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	择期/急诊	手术及操作名称	手术及操作医师			切口愈合等级	麻醉方式	麻醉医师
					术者	I助	II助			
-	-	-	-	-	-	-	-	-/-	-	-
								/		
								/		
								/		
								/		
								/		
								/		
								/		

临床路径：入径情况 ☐ 1. 是 2. 否 完成情况 ☐ 1. 完成 2. 退出 变异情况 ☐ 1. 有 2. 无

离院方式 ☐ 1. 医嘱离院 2. 医嘱转院, 转入医疗机构名称: _____

3. 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院, 转入医疗机构名称: _____ 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 ☐ 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

住院费用总计(元): _____ (自付金额: _____)

1. 综合医疗服务类: (1)一般医疗服务费: _____ (2)一般治疗操作费: _____ (3)护理费: _____
(4)其他费用: _____

2. 诊断类: (5)病理诊断费: _____ (6)实验室诊断费: _____ (7)影像学诊断费: _____
(8)临床诊断项目费: _____

3. 治疗类: (9)非手术治疗项目费: _____ (临床物理治疗费: _____)
(10)手术治疗费: _____ (麻醉费: _____ 手术费: _____)

4. 康复类: (11)康复费: _____

5. 中医类: (12)中医治疗费: _____

6. 西药类: (13)西药费: _____ (抗菌药物费用: _____)

7. 中药类: (14)中成药费: _____ (15)中草药费: _____

8. 血液制品类: (16)血费: _____ (17)白蛋白类制品费: _____ (18)球蛋白类制品费: _____
(19)凝血因子类制品费: _____ (20)细胞因子类制品费: _____)

9. 耗材类: (21)检查用一次性医用材料费: _____ (22)治疗用一次性医用材料费: _____
(23)手术用一次性医用材料费: _____

10. 其他类: (24)其他费: _____

说明: (一) 医疗付费方式 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
(二) 凡可由医院信息系统提供住院费用清单的, 住院病案首页中可不填写“住院费用”。