**住院医师规范化培训模拟试卷免费下载版**

姓名（　　）　　科室（　　）　　成绩（　　）

**一、选择题（每题2分，共30分）**

1、日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。由医师书写。（　）

A、经治医师　B、实习医师　C、试用期医　D、以上均可

2、书写日常病程记录时对病情稳定的患者至少天记录一次病程记录。（　）

A、1　B、2　C、3　D、5

3、主治医师首次查房记录应当于患者入院小时内完成。（　）

A、24　B、48　C、36　D、72

4、因抢救急危患者未能及时书写病历的有关医务人员应当在抢救结束后小时内据实补记并加以注明医`学教育网搜集整理。（　）

A、5　B、6　C、7　D、8

5、新的《病历书写基本规范》自2016年月日起施行。（　）A、1月1日　B、2月1日　C、3月1日　D、4月1日

6、死亡病例讨论记录是指在患者死亡周内由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持对死亡病例进行讨论、分析的记录。（　）

A、1　B、2　C、3　D、4

7、入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后多长时间完成（　）。

A、24　B、48　C、36　D、72

8、对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动应当由（　）签署知情同意书。

A患者本人　B、法定代理人　C、患者授权的人　D、医疗机构负责人

9、急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录记录内容不包括（　）。

A、病情变化　B、辅助检查结果　C、诊疗措施　D、患者去向

10、病程记录内容不包括（　）

A、患者病情变化情况　B、医嘱更改不须理由　C、上级医师查房意见D所采取的诊疗措施及效

11、主治医师首次查房记录应当于患者入院48小时内完成www.med66.com。内容不包括（　）。

A、查房医师姓名　B、技术职务　C、补充的病史和体征　D、诊疗计划

12、常规会诊意见记录应当由会诊医师在会诊申请发内完成急会诊时会诊医师应当在会诊申请发出到场并在会诊结束后即刻完成会诊记录。（　）

A、10分钟　B、24小时　C、48小时　D、30分钟

13、手术清点记录是指（　）

对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录应当在手术结束后即时完成。

A、手术医师　B、麻醉医师　C、器械护士　D、巡回护士

14、术后首次病程记录完成时限为（　）

A、术后6小时　B、术后8小时　C、术后10分钟　D、术后即15输血治疗知情同意书是指输血前经治医师向患者告知输血的相关情况并由患者签署是否同意输血的医学文书。其内容主要包括（　）

A、输血指征　B、拟输成份　C、输血前有关检查结果　D、以上都是

**二、是非题（每题2分共70分）**

1、急诊病历书写就诊时间应当具体到时。（　）

2、病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间采取24小时制记录。（　）

3、门诊病历可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔书写www.med66.com。（　）

4、入院记录现病史中对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号“”以示区别。（　）

5、抢救记录是指患者病情危重采取抢救措施时作的记录。因抢救急危患者未能及时书写病历的有关医务人员应当在抢救结束后8小时内据实补记并加以注明。（　）

6、常规会诊意见记录应当由会诊医师在会诊申请发出后48小时内完成急会诊时会诊医师应当在会诊申请发出后20分钟内到常（　）

7、病危重通知书是指因患者病情危、重时由经治医师或值班医师向患者家属告知病情并由患方签名的医疗文书医`学教育网搜集整理。（　）

8、医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。需要取消时应当使用黑色墨水标注“取消”字样并签名。（　）

9、交接班记录、转科记录不可代替阶段小结。（　）

10、手术记录是指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录应当在术后12小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时应有手术者签名。（　）

11、一般情况下医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时护士应当复诵一遍。抢救结束后医师应当即刻据实补记医嘱。（　）

12、医疗机构打印病历应当统一纸张、字体、字号及排版格式。打印字迹应清楚易认符合病历保存期限和复印的要求。（　）

13、电子病历基本规范由卫生部另行制定。（　）

14、病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。（　）

15、病历书写应规范使用医学术语文字工整字迹清晰表达准确语句通顺标点符号随意。（　）

16、病历应按照规定的内容书写并由相关医务人员签名。（　）

17、辅助检查报告单是指患者住院期间所做的各项检查结果记录一般不需跟病历走。（　）

18、中医病历书写规范由国家中医药管理局不另行制定。（　）

19、首次病程录是指患者入院后经治医师或值班医师书写的第一次病程记录应当在患者入院8小时外完成。（　）

20、门急诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。（　）

21、病历书写应当使用蓝黑墨水碳素墨水需复写的病历资料可用蓝、黑色油水的圆珠笔。（　）

22、病历书写过程中出现错字时少轻刮、粘、涂等方法掩盖原来的字迹。（　）

23、主诉是指促使患者就诊的主要症状或体征及持续时间。（　）

24、医嘱是指医师在医疗活动中下达到的医学指令医嘱单分为长期医嘱单、临时医嘱单、临时备用医嘱单。×

25、24小时内入院死亡记录应当于患者死亡后24小时内完成。（　）

26、一般情况下医师不得下达口头医嘱。（　）

27、术前小结是指在患者手术前由其他医生对患者病情所作的总结。（　）

28、患者入院不足24小时死亡的可以书写24小时内入院死亡记录。（　）

29、再次或多次入院记录是指患者多种疾病再次或多次住入同一医疗机构时书写的记录。（　）

30、死亡病例讨论记录是指在患者死亡一月内由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持对死亡病例进行讨论、分析的记录。（　）

31、手术同意书是术前经治医师向患者告知拟施手术的相关情并由患者签署是否同意手术的医学文书。除了应有患者、经治医师签名外还须有手术者签名。（　）

32、书写入院记录的初步诊断时若诊断为多项应主次分明对待查病例应列出可能性较大的诊断www.med66.com。（　）

33、辅助检查应分类按检查时间顺序记录检查结果如系在其他医疗机构所作检查可以不写明检查机构名称和检查号医`学教育网搜集整理。（　）

34、麻醉术后访视记录是指麻醉实施后由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。（　）

35、有创诊疗操作记录是指在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作如胸腔穿刺、腹腔穿刺等的记录（　）