

## 病案信息技术士《基础知识》试题及答案解析

[单选题]1. 不具有法律作用的是()。

- A. 病案计(江南博哥)分表
- B. 病案首页
- C. 手术记录
- D. 各种同意书和通知书
- E. 出院记录

参考答案: A

参考解析: 病案是一种不可分物。以住院病案为例, 可由病案首页、住院志(记录)、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查记录、各种知情同意书、麻醉记录单、手术及护理记录单、病理资料、出院记录病程记录、疑难病案讨论记录、会诊意见、上级医师查房意见等一系列主观和客观的记录组成, 从诉讼法的角度, 一份病案的完整与否直接影响到其证明力的大小, 所以在医疗管理活动中十分强调病案的完整性。BCDE 四项均属于住院病案的组成成分, 在诉讼中具有法律作用。因此答案选 A。

[单选题]2. 近年来病案首页信息的利用被延伸到()。

- A. 医疗工作的参考
- B. 科学研究的第一手资料
- C. 临床教学的活教材
- D. 统计工作的原始数据
- E. 医疗费用结算的依据

参考答案: D

参考解析: 病案首页信息包括: ①患者身份证明资料; ②患者入院情况; ③门/急诊及入院诊断; ④出院诊断及出院情况、手术情况; ⑤住院费用项目。病案首页是病案信息的综合反映, 浓缩了整份住院病案中最重要的内容, 是医疗、医院统计、医疗管理和临床医学研究重要的原始数据。它的作用不断延伸、扩展, 对病案首页信息数据进行统计分析, 可为医院的管理和决策提供依据。

[单选题]4. 对病案负有直接责任的人员不包括()。

- A. 医院管理人员
- B. 医师
- C. 护士
- D. 营养医师
- E. 后勤人员

参考答案: E

参考解析: 对病案负有直接责任的人员包括: ①医院管理人员; ②医务人员, 包括医师、护士和医技人员; ③病案信息管理人员; ABCD 四项均属于对病案负有直接责任的人员。因此答案选 E。

[单选题]5. 查询病案的第一步是检索()。

- A. 患者的工作单位
- B. 患者姓名
- C. 患者的住址
- D. 患者的病情
- E. 患者的诊断

参考答案：B

参考解析：我国的患者基本信息索引的排列方法主要采用患者姓名索引排列，因此查询病案的第一步是检索患者姓名。

[单选题]6. 病案表格的定义不包含()。

- A. 使资料正规地排列在纸张上或卡片上
- B. 附有用来填写其他信息的空格
- C. 它是以交流为目的
- D. 它是将文字描述成资料的工具
- E. 医生书写病案的格式

参考答案：E

参考解析：病案表格的定义是将资料正规地排列在纸张或卡片上，通常还附有用来填写其他信息的空格。它是一种以交流为目的，将文字描述成资料的工具。ABCD 四项均是病案表格的定义。因此答案选 E。

[单选题]7. 以下不属于病案科必备设备的是()。

- A. 计算机
- B. 打印机
- C. 复印机
- D. 照相机
- E. 灭火器

参考答案：D

参考解析：病案科必备设备包括：①与其工作相适应的办公设备，如办公桌椅、装订机、直线电话、传真机及为整理存放病案所需的大长方桌；②计算机，打印机；③性能好、质量高的复印机；④工具书；⑤归档设备：开放式固定病案架，密集式移动病案架；⑥防火器材设备。ABCE 四项均属于病案科必备设备。因此答案选 D。

[单选题]8. 住院病案信息源头产生于()。

- A. 住院登记处
- B. 病房护士工作站
- C. 医师工作站
- D. 医师记录
- E. 病人主诉

参考答案：A

参考解析：对于住院病案，工作流程应始于住院登记。因此答案选 A。

[单选题]9. 建立新病案时收集患者的信息不包括()。

- A. 姓名
- B. 性别
- C. 付款类别
- D. 联系亲属
- E. 收入信息

参考答案: E

参考解析: 病案收集内容包括: ①患者身份证明资料, 如患者姓名、性别、年龄、出生年月、民族、国籍、工作单位、家庭住址、籍贯、身份证号码、病案号等; 近年来病案收集还要求收集紧急联系人及家属信息, 是否属于社会医疗保险也需标明; ②患者的病史记录; ③有关的体格检查记录; ④病程记录; ⑤诊断及治疗医嘱; ⑥患者知情同意书; ⑦临床观察记录; ⑧操作及实验室检查报告; ⑨出院记录。ABCD 四项均属于建立新病案时需要收集的患者信息, 因此答案选 E。

[单选题]10. 回收住院病案, 应在病人出院后()。

- A. 即刻回收
- B. 24 小时之内
- C. 2 无之内
- D. 3 天之内
- E. 1 周之内

参考答案: B

参考解析: 病案管理人员应在患者出院后的 24 小时之内将所有出院病案全部收回, 因此这项工作是每天都要做的。

[单选题]11. 住院病案首页中的“职业”栏, 不可填写的是()。

- A. 车工
- B. 纺织工
- C. 小学教师
- D. 干部
- E. 工会干部

参考答案: D

参考解析: 对于职业的填写必须符合卫生部关于职业代码的规定。患者职业索引包含: 患者姓名、病案号、工种、疾病名称等相关资料。ABCE 均属于工种, D 项信息太过抽象, 因此答案选 D。

[单选题]12. 病案供应的种类不包括()。

- A. 门诊病案供应
- B. 急诊病案供应
- C. 预约病案供应
- D. 科研、教学病案的供应

E. 患者家属病案供应

参考答案：E

参考解析：病案供应工作的种类包括：①门诊病案供应；②急诊病案供应；③预约病案供应；④住院病案供应；⑤科研、教学病案的供应。ABCD 四项均属于病案供应的种类，因此答案选 E。

[单选题]13. 最能体现病案管理价值和效益的环节是()。

A. 病案信息资料的供应

B. 病案的整理

C. 病案信息的登记

D. 病案索引的编制

E. 病案资料的收集

参考答案：A

参考解析：病案管理所做的一切工作都是为了提供资料的利用，病案只有被有效地提供使用才能产生效益。因此答案选 A。

[单选题]14. 住院工作统计常用指标一般不包括()。

A. 入院人数

B. 出院人数

C. 急诊人数

D. 医院感染例数

E. 转科人数

参考答案：C

参考解析：住院工作统计常用指标包括：①入、出院动态基本指标：入院人数、出院人数、出院患者数、转科转区人数和其他人数；②病床使用统计基本指标；③手术统计指标；④诊断符合情况统计指标；⑤产科分娩婴儿情况；⑥住院患者疾病分类统计与居民疾病损伤死亡原因分类统计；⑦其他统计数据：陪床人日数、危重患者抢救例数、危重患者抢救成功例数、院内感染例数。ABDE 四项均是住院工作统计常用指标。因此答案选 C。

[单选题]15. 整理有手术的病人病案需要特别注意的是()。

A. 病程记录

B. 手术同意书

C. 医嘱记录

D. 护理记录

E. 体温脉搏记录

参考答案：B

[单选题]16. 门诊病案中，排列在病案首页后面的是()。

A. 实验室检查报告单

B. 其他门诊资料

C. 诊疗记录

- D. 特殊检查报告单
- E. 留观护理记录

参考答案：C

参考解析：门诊病案的排列顺序：①门诊病案首页；②诊疗记录；③特殊检查报告单（按时间先后顺序排）；④实验室检查报告单（按时间先后顺序排）；⑤其他门诊资料。因此答案选C。

[单选题]17. 病案质控包括()。

- A. 病案工作量考核
- B. 病案管理质控和病案内容质控
- C. 病案科出勤考核
- D. 病案管理人员资质考核
- E. 病案收费监控

参考答案：B

参考解析：病案质控包括病案管理质控与病案内容质控两部分。病案管理质控是指对病案管理工作的各个流程进行质量检查、评估，病案内容质控主要通过病案书写质量检查进行监控，从格式到医疗的合理性等各方面的监控。因此答案选B。

[单选题]18. 目前我国病案信息管理的加工主要是对()。

- A. 形成电子病案
- B. 病案编号
- C. 病案首页
- D. 资料排列整理
- E. 医院统计

参考答案：C

参考解析：目前，我国病案管理的加工主要是对病案首页内容的加工，几乎所有的医院都将病案信息全部录入计算机。

[单选题]19. 属于病案中临床观察记录的是()。

- A. 车祸
- B. 右肾挫裂伤
- C. 当日尿量 800ml
- D. 镜下血尿
- E. 病重通知

参考答案：C

参考解析：临床观察记录是医师及护士对住院患者或急诊留院观察的患者病情观察的记录，如患者体温单、护理单、特别护理记录等。A项，车祸属于病程记录。B项，右肾挫裂伤属于诊断。C项，尿量属于患者病情观察的记录，通常记录在护理单上。D项，镜下血尿通常来源于实验室检查报告。E项，病重通知属于患者知情同意书。因此答案选C。

[单选题]20. 复印病案时，属于有效证件的是()。

- A. 工作证
- B. 学生证
- C. 老年证
- D. 户口本
- E. 挂号证

参考答案：D

参考解析：复印病案时，有效证件包括：①身份证；②申请人与患者代理或亲属关系的法定证明材料；③公安、司法部门采集证据的法定证明及执行公务人员的有效身份证明（工作证）。D项，户口本可提供申请人身份证明，也可是申请人与患者亲属关系的法定证明材料。因此答案选D。

[单选题]21. 完整病案的要求不包括()。

- A. 每一册院病案涉及科别项目必须填写完整
- B. 每一种疾病的常规检查和特殊检查要齐全
- C. 所有外科手术中切除的组织必须有病案报告
- D. 每项记录必须注明日期并有医生签字
- E. 病案必须含有各项检查申请单

参考答案：E

参考解析：病案资料的收集包括一切与病人个人有关的个人主诉，病程记录、医疗操作记录、护理记录、检查化验报告、签字文件、随诊信件等等。检查申请单不是病案资料收集的必备内容，因此答案选E。

[单选题]22. 关于病案保留的说法，错误的是()。

- A. 我国明确规定住院病案保存期不得少于30年
- B. 病案保存时间越久越好
- C. 保存超过30年的病案可以彻底销毁
- D. 许多只在急诊室看病的病历永远也不会成为活动病案
- E. 护理记录应作为活动病案进行保存

参考答案：E

参考解析：A项，1994年原卫生部发出第35号令关于《医疗机构管理条例实施细则》中对病案的保留再次做出了明确的规定“医疗机构的门诊病案保存期不得少于15年，住院病案保存期不得少于30年”。B项，作为病案管理部门从积累资料的观点出发，病案保留的时间当然是越久越好。C项，所有病案的存在都有这样一个循环过程，即病案的建立，活动性病案，使用率低至不活动性病案，永不再使用，被销毁。D项，病案储存时间的长短要依据不同的标准，许多只在急诊室看病的病案，永远也不会成为活动病案。E项，护理记录应作为非活动病案进行保存，在较短的一段时间后可销毁。因此答案选E。

[单选题]23. 规定医疗机构设置专门负责病历和病案保存与管理部门的法规是()。

- A. 《中华人民共和国执业医师法》
- B. 《全国医院工作条例》
- C. 《医疗事故处理办法》
- D. 《医疗机构病历书写规定》
- E. 《医疗机构病历管理规定》

参考答案：E

参考解析：《医疗机构病历管理规定》（2013年版）第五条指出医疗机构应当建立健全病历管理制度，设置病案管理部门或者配备专（兼）职人员，负责病历和病案管理工作。

[单选题]24. 具有编号目录页，并按时间顺序排列的方法称为（）。

- A. 一体化病案
- B. 表格化病案
- C. 资料来源定向病案
- D. 问题定向病案
- E. 结构化病案

参考答案：A

参考解析：A项，一体化病案是指所有的病案资料严格按照日期顺序排列，各种不同来源的资料混合排放在一起。B项，表格化病案是指一种计划好的表格，其使用的语言与设计形式是统一的，及所有用该表格的人都要遵循同一种形式，这样病案的构成就能适用于所有情形。C项，资料来源定向病案是根据资料来源排列的病案。D项，问题定向病案是根据问题排列的病案。E项，在国外，许多专家认为解决这个问题的最好的办法就是要使病案结构化。又称结构病案，也有人称为表格病案。因此答案选A。

[单选题]25. 较大量病案借阅可采取（）。

- A. 分批供应的办法
- B. 一次性供应的办法
- C. 定期供应的办法
- D. 随机供应的办法
- E. 按科室供应的办法

参考答案：A

参考解析：负责借调（阅）病案的工作人员，应按有关规章制度严格办理借调（阅）手续，并限制一次使用病案的数量，较大量的借调（阅）病案可采取分批供应的办法。

[单选题]26. 不能外借病案的人员是（）。

- A. 进修医师
- B. 诊疗医师
- C. 医疗院长
- D. 病案书写者导师

E. 医务科

参考答案：A

参考解析：病案使用的范围并非所有人都有权使用病案，除了患者就诊使用外，病案的使用权属于院领导及负责临床医疗、教学、研究工作的医务人员，进修医师、实习医师无权借调病案。因此答案选A。

[单选题]27. 直接数字顺序编号是按()。

- A. 阿拉伯数字分派病案号码
- B. 阿拉伯数字的顺序从0开始，按时间发展分派号码
- C. 病人就诊先后次序编号
- D. 日期分派号码
- E. 原病案号码分派编号

参考答案：B

参考解析：直接数字顺序编号方法的定义是按阿拉伯数字的顺序从0开始，按时间发展分派号码。系列编号和单一编号系统均采用这种发号方法。因此答案选B。

[单选题]28. 医学影像检查资料属于()。

- A. 不可复印的病案
- B. 可供复印的病案
- C. 复印需经特别批准的病案
- D. 不可提供的病案
- E. 不可摘录内容的病案

参考答案：B

参考解析：病案可供复印的范围：①门（急）诊病历；②住院志（即入院记录）；③体温单；④医嘱单；⑤检验报告单；⑥医学影像检查资料；⑦特殊检查（治疗）同意书；⑧手术同意书；⑨手术及麻醉记录单；⑩病理报告单；⑪出院记录。因此医学影像检查资料属于可供复印的病案。

[单选题]29. 住院病案工作流程应始于()。

- A. 医生工作站
- B. 护士工作站
- C. 病案科
- D. 住院登记处
- E. 出院处

参考答案：D

参考解析：对于住院病案，工作流程应始于住院登记。此处是收集患者身份证明等基本信息处。它不但是建立患者姓名索引、病案首页的原始资料，而且其入院诊断等信息也是今后统计比较的资料。

[单选题]30. 病案保护工作的重要任务是()。

- A. 维护病案的安全

- B. 及时回收出院病案
- C. 监控病案书写质盘
- D. 检验回报单的管理
- E. 按尾号排列归档

参考答案：A

参考解析：实行科学的保管方法，防止和减缓病案制成材料的损坏速度，维护病案的原貌，最大限度的延长病案的使用寿命，维护病案的安全是病案保护工作的任务。因此答案选A。

[单选题]31. 社区卫生服务的重点不包括()。

- A. 方便为居民出诊诊疗
- B. 抢救老年危重病人
- C. 进行家庭治疗、护理
- D. 建立家庭病床
- E. 婴幼儿保健

参考答案：B

参考解析：社区卫生服务是以按行政区域划分承担本辖区内的居民出诊诊疗、家庭治疗、护理及建立家庭病床工作为主的，通过社区卫生服务中心（站）、社区医院（一级医疗机构）来完成的，用以保证社区人群基本医疗、护理的要求。社区儿童保健系统管理是通过系统的定期体格检查与检测，早期筛查、发现儿童生长发育过程的偏离或异常，并提供科学指导与干预，以促进儿童的健康。ACDE 四项均是社区卫生服务的重点。因此答案选B。

[单选题]32. 病案委员会定期召开工作会议应是()。

- A. 每月召开1次
- B. 每季度至少召开1次
- C. 每季度至少召开2次
- D. 每年至少召开1~2次
- E. 由委员会主任决定召开

参考答案：D

参考解析：病案委员会应定期召开会议，每年至少一至两次，讨论有关病案书写和病案管理中存在的问题，形成的决议报院领导批准后成为医院工作的决定，会议要有记录。因此答案选D。

[单选题]33. 社区卫生服务中心的门（急）诊病历回收应在患者诊疗活动结束后的()。

- A. 第2天
- B. 1周后
- C. 24小时内
- D. 随时
- E. 3天后

参考答案：C

参考解析：患者每次诊疗活动结束后 24 小时内，其门（急）诊病案应当回收。因此答案选 C。

[单选题]34. 病案采取编号管理是对（）。

- A. 资料进行有效管理的最为简捷方法
- B. 资料进行唯一辨别的方法
- C. 资料进行共享资源的方法
- D. 资料进行归档管理的方法
- E. 资料进行提供服务的方法

参考答案：A

参考解析：收集患者身份证明资料及病案号的分派是病案管理过程的第一步，也是以后获得恰当的患者身份证明资料的唯一途径。病案采取编号管理是对资料进行有效管理的最为简捷的方法。因此答案选 A。

[单选题]35. 系列单一编号系统其病案的储存形式是（）。

- A. 所有病案集中于原始的病案号储存
- B. 所有病案归入最新病案号储存
- C. 每份病案分散储存
- D. 由病人住院的科室储存
- E. 病人可自带储存

参考答案：B

参考解析：系列单一编号它是系列编号和单一编号的组合，患者每就诊一次或住院一次，都发给一个新号，但每次都将旧号并入新号内，最终患者只有一个号码。因此答案选 B。

[单选题]36. 以下不属于病案科职责的是（）。

- A. 进行病例分析及相关临床教学研究
- B. 依法收集医疗统计数据，进行统计分析提供各级各类信息报表
- C. 负责各种医疗记录表格的管理和审定
- D. 建立病案管理的信息网络，开展相关的科学研究
- E. 负责病案管理人员的专业培训

参考答案：A

参考解析：病案科的职责与功能：①贯彻执行国家、原卫生部颁发的有关法律法规；②紧密配合国家医疗改革，提供准确的病案信息和疾病、手术操作的分类编码；③贯彻执行本单位病案管理工作的各项规章制度，制定岗位责任与内部合理的工作流程，用图表方式表明工作的流程；④每个岗位制定明确的岗位职责（描述），包括工作名称、工作人员负责的部门工作，主要的工作目标、完成工作的标准，以及工作功能间的相互关系；⑤病案资料的收集、整理、归档、存储、借阅供应、分类编码、质量监控、索引登记、随访登记；⑥为医疗、科研、教学服务；满足院内、外及社会需求提供信息服务；⑦依法收集医

疗统计数据，进行统计分析提供各级各类信息和统计报表，参与医院管理；⑧负责医疗使用的各种医疗记录表格的管理、审定，严格掌握新表格制定的审核；⑨参与建立病案管理的信息网络，开展病案管理的科学研究；⑩认真执法、严格执行规章制度，不徇私情，保护病案和信息的安全；⑪负责病案管理人员的专业培训。BCDE 四项均属于病案科职责。因此答案选 A。

[单选题]37. 急诊医疗使用病案供应的特点是()。

- A. 专人负责及时查找、迅速供应，又快又准的及时送到
- B. 可在前一天准备次日就诊的病案
- C. 在短时间、快准好的集中供应大量病案
- D. 病人住院病案随病人送到病房
- E. 反复使用大量有价值的病案，可分批分期供应

参考答案：A

参考解析：急诊病案供应，因是急诊，故应安排专人负责查找。急诊病案供应要求查找迅速，送出及时。特别是近期曾就诊者或近期出院的病案，同前一次诊治或处理有密切的联系者，更需要又快又准地输送病案，以免耽误抢救的使用。因此答案选 A。

[单选题]38. 使缩微胶片老化的因素是()。

- A. 木炭的氧化
- B. 片基的老化
- C. 纤维的氮化
- D. 矿物纤维的酶解
- E. 矿物纤维的水解

参考答案：B

参考解析：缩微胶片老化的因素有：①片基老化，片基是胶片的载体材料，片基材料中的增塑剂会挥发，也会发生氧化分解，无论是挥发或是分解，都将使增塑剂失去增塑作用，导致片基材料的柔韧性降低，脆性增大；②明胶变性；③影像变色。因此答案选 B。

[单选题]39. 将病案直接按数字顺序排列归档称为()。

- A. 病案系列单一号归档
- B. 病案尾号归档
- C. 病案中间号归档
- D. 病案单一归档
- E. 病案顺序号归档

参考答案：E

参考解析：A 项，系列单一编号它是系列编号和单一编号的组合，患者每就诊一次或住院一次，都发给一个新号，但每次都将旧号并入新号内。系列单一号归档由于编号的特点，患者始终只有一份病案归档。BC 两项，为了改进检索和归档的效率，一些其他的方法取代了直接顺序归档的方法。这样的方法有两种，

即尾号和中间号归档法。D项，单一归档系统是不论门诊或住院病案均按记录日期先后集中统一装订归档，或将门诊病案与住院病案分别装订，但都集中在一个病案夹（袋）内归档。E项，顺序号归档系统这一方法是直接将病案按数字顺序排列归档。采用此方法归档可反映病案建立的时间顺序。因此答案选E。

[单选题]40. 整理有组织切除手术的病案时，一定要注意检查的是（）。

- A. 术前有无分析记录
- B. 手术记录的描述
- C. 术后记录的书写
- D. 有无病理报告
- E. 有关手术的医嘱

参考答案：D

参考解析：根据医院工作法规要求，每一册出院病案其所涉及科别的项目必须填写完整，每一种疾病的常规检查和必要的特殊检查一定要齐全，所有外科手术中切除的组织必须要有病理报告，每项记录必须注明日期并有医师签字，这样才能保证病案记录的完整性

[单选题]41. 对于数量众多的病案进行管理首先必须要对每一份病案（）。

- A. 进行统一管理
- B. 进行登记管理
- C. 建立识别标识
- D. 建立病人姓名索引
- E. 建立示踪系统

参考答案：C

参考解析：患者的基本信息和病案号，是卫生信息的极为重要部分，医院患者编号（病案号）是识别患者的唯一标志，也是病案管理中档案号的唯一标识。收集患者身份证明资料及病案号的分派是病案管理过程的第一步，也是以后获得恰当的患者身份证明资料的唯一途径。因此答案选C。

[单选题]42. 不活动病案库存储的病案是（）。

- A. 5年以前建立的病案
- B. 10年以前建立的病案
- C. 15年以前建立的病案
- D. 20年以前建立的病案
- E. 不经常使用的病案

参考答案：E

参考解析：不活动性病案是在活动性病案的保存期间内未曾使用的病案。因此不活动病案库存储的不活动性病案是不经常使用的病案。

[单选题]43. 使纸张病案装订整齐应注意的是（）。

- A. 资料是否收齐
- B. 医师是否已签字

- C. 有无病人的老病案
- D. 纸张要以左边、底边为准对齐
- E. 病案是否已完成

参考答案：D

参考解析：病案装订时应以左边和底边为准，将所有记录页戳齐，如用线绳装订应勒紧，使之平整。

[单选题]44. 医疗过程中的医疗记录统称为()。

- A. 病程记录
- B. 护理记录
- C. 病案
- D. 病历
- E. 病史

参考答案：D

参考解析：当病案未完成、未交到病案科时，一般称为病历，如医师书写病程记录称之为写病历。当病案已回收到病案科，经过整理加工，这时已成册，遂可称为病案。严格地说，病案与病历的区别在于前者是指完成或暂完成的医疗活动的医疗记录，后者是指尚在医疗过程中的医疗记录。因此医疗过程中的医疗记录统称为病历。

[单选题]45. 我国最早的医学文字记录载体是()。

- A. 石头
- B. 甲骨
- C. 木简
- D. 丝织品
- E. 纸张

参考答案：B

参考解析：中国病案管理的历史也可以追溯到商朝，从殷墟出土的大量医疗记录甲骨文，必定有一定排列的顺序，商代时期病案的载体是甲骨。

[单选题]46. 最适用密集式病案架病案归档的是()。

- A. 单一编号的病案
- B. 系列编号的病案
- C. 系列单一编号的病案
- D. 活动病案
- E. 不活跃病案

参考答案：E

参考解析：密集式移动病案架有手摇控制和电力自动控制两种类型，它需要铺设轨道进行安装，整个病案架可集成一体节省空间。它适用于使用率较低的病案的归档与检索，更适合病案科第二库房贮存非活动性的病案，可充分利用空间且有较好的防尘效果。因其柜架密集查找病案需要移动架位，不利于迅速

大量地查找或归档病案。因此答案选 E。

[单选题]47. 下列概念，错误的是()。

- A. 病案分散在病案科以外多个部门，由病案人员监督控制是分散档案管理
- B. 门诊、住院病案一个编码，集中在一份病案中归档是一号分开制
- C. 门诊、住院病案各自编码，分别在两份病案中各自归档是两号分开制
- D. 门诊、住院病案各自编码，集中在一份病案中归档是两号集中制
- E. 门诊、住院病案一个编码，分别归档是一号分开制

参考答案：B

参考解析：A 项，分散档案管理即患者的病案分散在多个医疗部门，分散于病案科以外，如特殊的治疗科室。BE 两项，一号分开制是住院病案与门诊病案分开归档，但却是同一个编号。因此答案选 B。D 项，两号集中制即住院记录与门诊记录分别编号，但病案却集中在一种编号内管理，只归档一份病案。C 项，两号分开制即门诊与住院病案分别编号，单独存放、互不关联，分别管理、各自存放，但仍存放在病案科内。

[单选题]48. 住院病案多采用装订方式，目的是()。

- A. 便于收集资料
- B. 便于管理保存
- C. 便于归档上架
- D. 便于疾病分类
- E. 便于查找检索

参考答案：B

参考解析：病案整理过程包括资料的装订，一般是书本式装订（左装订），应避免上装订方式，便于管理保存、资料的参考和使用。

[单选题]49. 说明病案科各岗位的位置及关系的图表称为()。

- A. 工作流程图
- B. 组织结构图
- C. 岗位方位图
- D. 程序图
- E. 数据图

参考答案：B

参考解析：组织结构图是用以表示形成组织结构的最常用的方法，表明部门或岗位之间的位置及其关系。病案科工作流程图反映各工作环节及流通路径。

[单选题]50. 提出并设计医疗表格的部门是()。

- A. 病案科
- B. 后勤管理部门
- C. 医务处（科）
- D. 用户提出并初步设计，交表格委员会审批
- E. 院表格委员会

参考答案：E

参考解析：医院内应设表格委员会负责监督和控制表格的产生，承担表格的设计和生产的责任，表格经过讨论后，特别是对已改革的表格要征求使用者的意见，表格委员会经过研究，根据表格的内容再确定参加研究讨论的人员，并要求印刷机构也要有人参加讨论会，以便直接听取意见。所有医疗表格的设计、制定通过表格委员会的认可后，在印刷之前还必须由病案科审核方可印刷。因此提出并设计医疗表格的部门是院表格委员会。

[单选题]51. 我国规定使用疾病编码的标准是()。

- A. ICD-9-AM
- B. ICD-4-CM
- C. ICD-10
- D. ICD-10-CM
- E. ICD-10-AM

参考答案：C

参考解析：目前我国规定疾病编码使用 ICD-10，以 ICD-10 作为编目的指导，按分类原则进行编码。因此答案选 C。

[单选题]52. 可用于存储病案的光盘种类是()。

- A. 追记型光盘
- B. 一次性光盘
- C. 只读型光盘
- D. 数据式光盘
- E. 可擦写型光盘

参考答案：C

参考解析：光盘的种类光盘可分为只读型光盘、追记型光盘和可擦写型光盘三种类型。只读型光盘主要用于一次写入而无需修改的数据，不能在光盘上追加数据。追记型光盘主要用于一次写入多次读出的光盘，数据写入后不能删除或修改。可擦写型光盘较为先进，具有可擦写功能，可作为后援存储器或网络服务器、工作站上的外部存储器，也可用于存储文献资料。最常用于存储病案的光盘种类是只读型光盘。

[单选题]53. 资料来源病案一般按下列何种类别及时间顺序排列？()

- A. 医师记录、手术记录、护理记录、化验检查记录、医疗证明文件
- B. 医师记录、手术记录、医疗证明文件、护理记录、化验检查记录
- C. 医师记录、化验检查记录、护理记录、医疗证明文件
- D. 医师记录、手术记录、护理记录、化验检查记录
- E. 医师记录、医疗证明文件、手术记录、护理记录、化验检查记录

参考答案：C

[单选题]54. 提前准备就诊病案的是()。

- A. 临床科研

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/845333301313011110>