

病歷的法律性質與功能

文:周吉麒（認證法律人）· 健康·醫療·銀髮族 · 2022-11-29

本文

病歷是一部病人的疾病歷史，它記載著病人所有病程與治療經過，其內容是由醫療機構中照護病人的醫事人員所共同完成。在臨床方面，病歷對於求診病人以及醫事人員都十分重要；在功能方面，病歷在醫學上以及法律上也各自有不可取代的地位。以下簡要說明病歷的相關法律概念。

一、病歷的定義與性質

依我國醫師法第12條規定，病歷是指醫師執行業務時所製作的紀錄文書（狹義的病歷）^[1]；而依醫療法第67條規定，病歷是指醫師及各類醫事人員執行業務所製作的紀錄（廣義的病歷）^[2]。由醫療法的規定可知，任何醫事人員在從事醫療業務時，所記載的文書紀錄，均屬病歷的一種。在司法實務上，則認為病歷是業務上文書，是屬刑法第2編第15章偽造文書印文罪所規範的客體^[3]。

內容上，病歷紀錄通常分為兩大類^[4]：

（一）臨床資料

主要記錄著病人的醫療狀況以及醫療機構提供的照護服務，像是身體檢查、臨床觀察以及診斷與治療處置等報告。

（二）行政資料

包括病人背景資料、各種同意書以及授權書。

二、病歷在醫學上功能

病歷是由各類專業的醫事人員，分別從不同診療層面於不同時段共同書寫完成的紀錄，而醫事人員為了病人的照護治療，會隨時查閱病歷來得知病人相關資訊，使病人的照護得有憑據並能持續，因此病歷是醫事人員診療溝通的工具，也是病人照護治療的指引^[5]。

由於病歷記錄著詳細臨床資料，不但可以提供醫事人員豐富的臨床研究、醫學報告以及各項學術研討會的材料，也可以作為教學研究使用。此外，病歷中的臨床資訊，經統計分析後，還可作為政府制定醫療政策的重要參考資料^[6]。

三、病歷在法律上功能

(一) 病歷的書寫、保存與複製

我國現行法律，有規範基本的病歷記錄標準，以及修改增刪時的法定格式，例如刪改時必須畫線刪除，不可以用修正帶或修正液等塗燬^[7]；同時也有規定醫療機構保存病歷的最短期限是7年^[8]，並且要求醫療機構有提供病人病歷複本與中文病歷摘要的義務^[9]。當醫療機構或醫事人員違反前述任一規定時，都會受到衛生主管機關的行政罰鍰^[10]。

(二) 在訴訟上的功能：證據

病歷在訴訟上最重要的功能是作為證據之用，就證明病人身體的狀態和所接受的醫療處置上，病歷具有不可取代的地位^[11]。但當醫療事故發生，相關病歷卻沒有確實記載、妥善保存時，要如何還原醫療過程中曾發生哪些事、醫方是否應負擔侵權行為損害賠償等民事責任，或過失傷害等刑事責任？法院會有以下的方式來因應：

1. 民事訴訟

在民事訴訟上，當發生病歷就重要事項「完全未記載」或「雖有記載但不完全」，或是未依規定保存而提早「病歷銷毀」時，法院會依民事訴訟法第277條但書規定^[12]來減輕病方的舉證責任。實際的效果上，可能發生推定病方主張的事實為真^[13]；甚至是舉證責任轉換，改由醫方就醫療處置沒有疏失，或處置行為與結果發生之間的因果關係不存在等，負舉證責任^[14]。

2. 刑事訴訟

在刑事訴訟上，由於刑事訴訟涉及刑罰權之發動，當醫療行為導致病方死傷，法院要判斷醫方有無違反醫療上必要的注意義務且逾越合理臨床裁量而須負刑事責任時，會參酌各項證據資料綜合判斷。病歷如果沒有確實記載，法院不會因此就對醫方直接做不利的認定，因為病歷沒有確實記載，僅能證明醫方沒有履行病歷記載的義務，並不同醫療行為處置上有疏失。醫方是不是應該負擔醫療糾紛中過失傷害等刑事責任，應由檢察官善盡舉證責任，法院會參酌所有的人證、文書等證據資料綜合判斷^[15]。

註腳

[1] 醫師法第12條：「

Ⅰ 醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。

Ⅱ 前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項：

一、就診日期。

- 二、主訴。
- 三、檢查項目及結果。
- 四、診斷或病名。
- 五、治療、處置或用藥等情形。
- 六、其他應記載事項。

III 病歷由醫師執業之醫療機構依醫療法規定保存。」

[2] 醫療法第67條：「

I 醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。

II 前項所稱病歷，應包括下列各款之資料：

- 一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。
- 二、各項檢查、檢驗報告資料。
- 三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄。

III 醫院對於病歷，應製作各項索引及統計分析，以利研究及查考。」

[3] 最高法院80年度台上字第2198號刑事判決裁判要旨：「醫師係以醫療為業務，制作之病歷表、醫囑單及用藥紀錄等之文書，法律上應係執行醫療業務所制作之業務上文書。」

中華民國刑法第2編第15章。

[4] 林哲男（2008），〈從新制醫院評鑑談病歷書寫—評鑑經驗〉，《醫療品質雜誌》，第2卷第2期，頁64。

[5] 林哲男，同前註4，頁65。

[6] 林哲男，同前註4，頁65。

[7] 醫師法第12條。

醫療法第68條：「

I 醫療機構應督導其所屬醫事人員於執行業務時，親自記載病歷或製作紀錄，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。

II 前項病歷或紀錄如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日；刪改部分，應以畫線去除，不得塗燬。

III 醫囑應於病歷載明或以書面為之。但情況急迫時，得先以口頭方式為之，並於二十四小時內完成書面紀錄。」

[8] 醫療法第70條第1項：「醫療機構之病歷，應指定適當場所及人員保管，並至少保存七年。但未成年者之病歷，至少應保存至其成年後七年；人體試驗之病歷，應永久保存。」

[9] 醫療法第71條：「醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用，由病人負擔。」

[10] 醫療法第102條第1項第1款：「有下列情形之一者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期末改善者，按次連續處罰：一、違反第二十五條第一項、第二十六條、第二十七條第一項、第五十九條、第六十條第一項、第六十五條、第六十六條、第六十七條第一項、第三項、第六十八條、第七十條、第七十一條、第七十三條、第七十四條、第七十六條或第八十條第二項規定。」

[11]薛瑞元（2008），〈從新制醫院評鑑談病歷書寫—法律觀點〉，《醫療品質雜誌》，第2卷第2期，頁59。

[12]民事訴訟法第277條：「當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任。但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限。」

[13]臺灣高等法院89年度上字第404號民事判決：「醫師對病患治療時，牽涉醫療專業及病患個人隱私，通常不容第三人在場聞見，因而於醫療事故紛爭，醫師是否已盡善良管理人注意義務為病患治療，常須藉助病歷記載而為判讀，因而醫師於醫療事故紛爭事件，有提出記載完整病歷義務（民事訴訟法第三百四十四條第一項第五款規定及其立法理由說明參照），如醫師未能提出病歷或所提出病歷記載不完整，其情形與無正當理由不從提出文書之命相同，法院得審酌情形認他造關於該文書之主張或依該文書應證之事實為真實（民事訴訟法第三百四十五條規定參照）。」

[14]吳志正、洪培睿（2018），〈雷射近視手術併發圓錐角膜案：病歷與舉證責任〉，《月旦醫事法報告》，第15期，頁90-96、105-110。

當發生病歷未依規定保存而提早銷毀時，沈冠伶教授認為可適用民事訴訟法第282條之1第1項規定或同法第345條第1項規定（證明妨礙），法院可以審酌情形，認為他造關於文書的主張或依該文書應證的事實為真實，參閱沈冠伶（2009），〈證明妨礙法理在醫療民事責任訴訟之適用〉，《國立臺灣大學法學論叢》，第38卷第1期，頁165。

[15]林萍章、王俊彥（2017），〈急診腦出血案：病歷是證據之王嗎？〉，《月旦醫事法報告》，第3期，頁104-107。

延伸閱讀

（一）劉宜廉（2007），〈病歷記載相關法律問題〉，《醫療品質雜誌》，第1卷第2期，頁83-89。

（二）林哲男（2008），〈從新制醫院評鑑談病歷書寫—評鑑經驗〉，《醫療品質雜誌》，第2卷第2期，頁64-67。

（三）謝榮堂（2015），〈醫療病歷之法律屬性及應如何記載及修改？〉，《月旦法學教室》，第158期，頁9-11。

（四）吳志正、洪培睿（2018），〈雷射近視手術併發圓錐角膜案：病歷與舉證責任〉，《月旦醫事法報告》，第15期，頁76-114。

標籤

📁 病歷，醫療糾紛，文書，舉證責任，證據