



最新书写规范，详实病历示范

第3版

病历 书写示范

主 编 霍仲厚 霍文静 吉保民 罗 艺



Case
history

江苏凤凰科学技术出版社



凤凰医学
Phoenix MedPub

最新书写规范，详实病历示范

第3版

病历 书写示范

主 编 霍仲厚 霍文静 吉保民 罗 艺
副主编 王丽强 周 山 柯 竣 苏 迅 陈 锐
顾 问 刘福祥 郭志祥 高志坚 马中立

江苏凤凰科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

病历书写示范 / 霍仲厚等主编. —3 版. —南京:
江苏凤凰科学技术出版社, 2018.5
ISBN 978-7-5537-8984-2

I. ①病… II. ①霍… III. ①病案—书写规则 IV.
①R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 016433 号

病历书写示范

主 编	霍仲厚 霍文静 吉保民 罗 艺
责任编辑	程春林
责任校对	郝慧华
责任监制	刘 钧

出版发行	江苏凤凰科学技术出版社
出版社地址	南京市湖南路 1 号 A 楼, 邮编: 210009
出版社网址	http://www.pspress.cn
照 排	南京紫藤制版印务中心
印 刷	江苏苏中印刷有限公司

开 本	880 mm×1230 mm 1/32
印 张	12.375
版 次	2018 年 7 月第 3 版
印 次	2018 年 7 月第 1 次印刷

标准书号	ISBN 978-7-5537-8984-2
定 价	39.80 元

图书如有印装质量问题, 可随时寄印刷厂调换。

内 容 简 介

本书从如何正确书写医疗文书出发,列举了一些实例病历格式,供临床医务人员参考。全书共五章:第一章描述了最新的病案书写的规范要求;第二章详细列举了 33 个专科病例的病历,从首次病程到出院小结,整个诊疗过程中涉及的医疗文书均有实例示范;第三章为门、急诊病历的示例,对不同科室的门诊病历以及急诊病历的记录要点进行提炼并做了示例,对实际工作中容易忽视且易导致医疗纠纷的环节进行了说明;第四章为护理记录。第五章为病历书写的有关参考资料,使病历记录的单位、名词等更加规范,有据可查。

内容丰富,病历示例详细,可借鉴性强,对于刚进入临床工作的医务工作者具有十分重要的参考价值。

编委会名单

主 编	霍仲厚	霍文静	吉保民	罗 艺			
副 主 编	王丽强	张金萍	柯 骏	周 山	苏 迅	陈 锐	
顾 问	高志坚	刘福祥	郭志祥	马中立			
编 者	(以姓氏笔画为序)						
	万士杰	马中立	马建伟	马建新	王 峰	王小宁	王石林
	王亚炜	王光辉	王向荣	王丽强	王建昌	王洪波	王晓光
	王恩彤	王恩普	牛 晟	毛高平	尹 震	石 进	石建时
	卢光明	田 青	史国珍	冯 晨	司慧远	吉保民	吕 强
	朱美财	朱晓明	伍 骥	伦立德	刘 静	刘力平	刘华平
	刘红梅	刘晓宇	刘淑萍	刘朝中	刘湘源	刘福祥	齐秀云
	孙玉萍	纪树荃	苏 迅	李 侠	李方明	李玉华	李立伟
	李丽雅	李建华	李建军	李建标	李新华	杨 琳	杨 燕
	杨兆建	肖 鲁	何晓峰	佟加恩	邹志康	汪立川	汪泽厚
	宋东林	张 弘	张 伟	张 波	张 蓉	张志杰	张希东
	张改华	张国华	张金萍	张建玲	张洪义	张挽时	张歆斌
	陈 伟	陈 宝	陈 锐	陈同欣	陈名智	林 凯	罗 艺
	郝晓红	周 山	周 平	郑 延	郑爱民	赵 广	赵 平
	赵 克	赵庆利	赵强元	荣义辉	胡晓红	胡慧军	柯 杰
	柯 骏	姜树强	姜晓同	姚长海	姚克纯	秦恩强	袁 群
	夏廷毅	顾章平	柴家科	徐 华	徐先荣	徐金星	高志坚
	郭 伟	郭志祥	唐 杰	勒雪源	黄 明	黄少平	黄从春
	黄建七	黄春霞	曹晋桂	盛丽霞	崔 莲	崔纪青	笪冀平
	梁怀辉	彭勤建	程刚戈	程红群	褚建国	蔡 庆	蔡 斌
	臧德安	霍文静	霍仲厚				

审校人员 (以姓氏笔画为序)

马复先	王仲元	王择青	王晓峰	毛树森	石津生	白桂轩
刘福麟	江一清	孙 瑛	孙炽东	阳莒玺	纪树国	李贤初
李学甫	李战强	李浩宇	李跃旗	吴晓霞	吴焱秋	辛邵杰
张相尧	陈洁彪	赵 敏	聂 青	晓雯欧	钱业勇	殷振兴
栾 佐	郭志祥	黄 峰	黄卓英	黄献章	崔三哲	蔡瑞康

前 言

病历是医务人员对病人检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得的有关资料进行归纳、分析、整理的全面记录和总结,客观完整地反映了诊疗工作的全过程。病历书写是各级临床医务人员的基本功之一,也是医疗工作中的重要环节。病历不仅能够体现医疗质量和学术水平,用于临床教学和科研活动,也是政法工作的宝贵素材和重要依据。随着医疗体制改革的不断深入,医疗法令法规的不断完善,从国家卫生和计划生育委员会到地方各级医疗机构对病历的书写越来越重视,要求也越来越严。因此,临床医务人员必须不断学习,以积极的态度,负责的精神,实事求是的科学作风,做好病历书写工作。

病历书写的各项要求,虽有明确规定,但许多临床医务人员仍不能在实际工作中正确体现这些要求和规定,尤其是法律意识不强,以致在发生医疗纠纷时处于被动地位。为此,作者编写了本书,从如何正确书写医疗文书出发,列举了一些实际范例,在内容上基本涵盖了现有的各种临床学科先进技术,力求做到医学名词标准,专业术语规范,专科特色明显,法规意识突出,能适应各级医疗机构的实际需要,可作为临床各级专业技术人员的有益参照。

本书共分五章:第一章包括病案书写的规范要求;第二章包括33个专科的病历示例;第三章包括各科的门、急诊病历示例;第四章为护理记录;第五章为病历书写有关的参考资料。

本书由霍仲厚、杨经南策划。先后编撰7个版本、印数15万册,经历了30余年的逐步发展历程:1981年,根据临床工作的实际需要,由霍仲厚搜集、整理、编写了第二军医大学长征医院各临床专业典型病历,编辑出版了《临床病历书写示例》,印发5000册,供第二军医大学临床实习生使用;1985年,由霍仲厚召集专家进行第一次全面重修,以《医疗护理记录示范》出版,印发20000册,供各医院临床医护人员使用,并受到全国各地医学院校和医院的欢迎;1989年,第二次部分修订后,江苏科技出版社以《病历示范》出版,印发16000册;2000年,第三次修订,以新版《病历示范》出版,印发88000册;2004年,委托空军总医院进行了第四次重点修订,以

《病历书写示范》出版,印发 5000 册;2008 年,应广大读者的要求,依据国家卫生部的新规定,委托空军总医院进行了第五次全面修订,形成了《病历书写示范》第 2 版,印发 10 000 册;2016 年,应广大读者的要求,依据国家卫生健康委员会(原国家卫生和计划生育委员会)的新规定,进行了第六次全面修订,形成了新版《病历书写示范》第 3 版。就本书而言,读者之喜爱、印数之众多、使用之广泛,作用之明显,这在医学专业书籍中都是很罕见的,这是作者、编者与读者共同努力的结果。

为使本书能更好地适应临床的需要,在修订过程中,还组织海军总医院、长征医院、长海医院、解放军总医院、302 医院、304 医院、305 医院、307 医院、309 医院、261 医院、262 医院、解放军医学图书馆的专家分别撰写了有关专科的内容,各医院机关的同志们在本书付梓前做了大量沟通和协调的工作,在此表示诚挚的敬意和谢意。本书出版得到了江苏凤凰科学技术出版社的大力支持,谨此一并致谢。

本书病历示例,基本来源于实际病例,仅对部分诊疗内容和病人个人信息做了修改,对规范病历书写有很好的示范作用。特别适合青年医师在刚进入临床工作时参考使用。

由于多数编写者临床工作任务比较繁重,错误疏漏在所难免,恳请广大读者提出宝贵意见,以期修订时改正。

霍仲厚

目 录

第一章 病案书写基本规范	1
第一节 病案书写的一般要求及注意事项	1
第二节 病案首页	3
第三节 住院期间病案书写的内容与要求	4
第四节 转院记录及死亡报告	16
第五节 电子病历书写内容及要求	19
第六节 病案排列顺序	26
第七节 病案管理	28
第二章 住院病历书写示范	33
第一节 传染科病历	33
第二节 呼吸内科病历	44
第三节 心血管内科病历	54
第四节 消化内科病历	63
第五节 肾内科病历	70
第六节 内分泌科病历	79
第七节 血液病科病历	85
第八节 风湿科病历	97
第九节 神经内科病历	108
第十节 精神科病历	115
第十一节 老年病科病历	124
第十二节 肿瘤科病历	132
第十三节 皮肤科病历	141
第十四节 儿科病历	148
第十五节 中医科病历	154
第十六节 普通外科病历	160
第十七节 肝胆外科病历	175
第十八节 肛肠外科病历	189
第十九节 神经外科病历	195
第二十节 胸外科病历	205
第二十一节 心血管外科病历	213

第二十二节	泌尿外科病历	225
第二十三节	肾移植病历	236
第二十四节	烧伤外科病历	248
第二十五节	整形外科病历	256
第二十六节	骨科病历	266
第二十七节	微创外科病历	276
第二十八节	眼科病历	280
第二十九节	耳鼻咽喉科病历	290
第三十节	口腔科病历	302
	口腔内科病历	302
	口腔外科病历	313
第三十一节	产科病历	319
第三十二节	妇科病历	335
第三十三节	心理科病历	345
第三章	门(急)诊病历书写内容及要求	349
第一节	门(急)诊病历记录内容及一般要求	349
第二节	处方书写内容及要求	351
第三节	内科门(急)诊病历示例	353
第四节	外科门(急)诊病历	354
第五节	产科门诊病历	356
第六节	妇科门诊病历	357
第七节	儿科门诊病历	358
第四章	护理记录	359
第一节	体温单	359
第二节	医嘱本	362
第三节	医嘱记录单	364
第四节	特别护理记录单	366
第五节	病室报告本	367
第六节	护理病历	371
第五章	重要参考资料	376
第一节	医疗统计专用名词	376
第二节	容易引发医疗纠纷的常见问题	380
第三节	法定计量单位	383

17. 中西医结合病历,应按国家卫生部、国家中医药管理局印发的《中医、中西医结合病历书写基本规范(试行)》(2010年版)书写。

第二节 病案首页

1. 病案首页是统计医疗工作质量的原始材料,对住院病人身份识别、病案资料检索、医疗管理、质量评估等均有重要意义。病案首页中所有项目均应认真填写,不得空缺。

2. 于病人出院前1天,由住院医师认真填写首页栏目中各项内容,然后由主治医师审阅并签字(必要时主任医师复阅签名)。再由护士长或总务护士将出院病案顺序整理完善,然后送交出院会计室结账,结账完毕在48小时内由会计室送交病案室。

3. 病案首页的第一部分,应由住院处接诊人员于病人入院时填妥,其余部分由病区住院医师填写,填写方法及注意点如下:

(1) 第一部分包括姓名、性别、出生日期、年龄、职业、工作单位、出生地、民族、国籍等项,其中年龄应填实足年龄,婴幼儿应记明月数及天数。有医疗保险者应注明医疗保险号,非军人应注明身份证号。本人常住地址及联系人姓名、详细地址、包括邮编及电话号码要详细明确。注明人员类别、身份及费别。记明入院方式、入院情况及接诊日期。如入院后发现某项记录不合要求。经治医师应予以及时纠正。

(2) 凡是数字选择项目,应在有关数字上打勾。

(3) 病区各级医师姓名应由个人亲笔认真清楚签署全名,主任医师应亲自签名。

(4) 门诊诊断或急诊诊断,着重填写主要诊断。入院初步诊断指入院记录所记的诊断。出院诊断应记明住院期间所曾发现并明确的一切疾病诊断及伤残名称,按主次顺序编排。如先后住过2个科或2个以上的科,有几种主要病可酌情按主要诊断发现先后排列,注意不要漏次要诊断,如肠寄生虫病,耳鼻咽喉科疾病或畸形等。2002年起,各种疾病诊断均应按ICD-10(部队仍按ICD-9)编码。

(5) 确诊日期、出院日期应记明具体年月日。确诊天数指自此次入院之日起至明确主要疾病诊断所用的天数。住院天数:入院出院合计1天。

(6) 出院诊断中各项疾病的治疗结果、治疗天数应分别列入。治疗结果根据情况分别写明:1. 治愈;2. 好转;3. 无效……等记以阿拉伯代码。治疗天数:各病治疗天数应分别计算,各病治疗天数之和不必等于总住院天数。

(7) 损伤或中毒的外部原因如意外触电、房子着火、撞车、服错药、服化学药品自杀等,或被他人用匕首刺伤,被车门轧伤等,不可笼统填写车祸、外伤等。死亡病例应记明死亡原因,是否尸检。

检查结果外,对于病人所患非本专科的伤病情况及诊疗经过也应注意记录。所有未愈伤病,不论病史长短,均应列入现病史中,已愈或已久不复发者方可列入既往病史。在列述诊断时,也应将当前存在、尚未痊愈的伤病名称逐一列举。

属于他院转入或再次入院的病人,均应按新入院病人处理。由他科转入者应写转入记录。由本科不同病区或病室转入者,只需在病程记录中做必要的记载与补充即可。

10. 入院记录尽可能于次晨主治医师巡诊前完成,最迟须在病人入院后 24 小时内完成。如因病人病重未能详查而在 24 小时内不能完成入院病历时,则详细的首次病程记录务必及时完成;入院病历可待情况许可时补写。大批收容时,由主任医师酌情规定完成病历的时间。

11. 除产科及大批同类病病人入院外,不可采用表格代替病历;如需用表格式病历,须经院长批准。

12. 因抢救急危病人,未能及时书写病历的,有关医务人员应当在抢救结束后 6 个时内据实补记,并加以注明。

13. 对按照有关规定需取得病人书面同意方可进行的医疗活动(如特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗等),应当由病人本人签署同意书。病人不具备完全民事行为能力时,应当由其法定代理人签字;病人因病无法签字时,应当由其近亲属签字,没有近亲属的,由其关系人签字;为抢救病人,在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下,可由医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向病人说明情况的,应当将有关情况通知病人近亲属,由病人近亲属签署同意书,并及时记录。病人无近亲属的或者病人近亲属无法签署同意书的,由病人的法定代理人或者关系人签署同意书。

14. 疾病诊断和手术名称及编号,采用世界卫生组织出版的《国际疾病名称分类》(第 2 版),便于统计和分析。所用译名参考由全国自然科学名词审定委员会审定,公布的《医学名词》(科学出版社出版),疾病名称及个别名词如尚无妥善译名者,可用原文或拉丁文。

15. 任何记录均应注明年、月、日。病人的急诊、抢救、手术等记录,应记明时刻。如 2016 年 7 月 6 日下午 9 时 30 分,可写作 2016-7-6,21:30。医师书写各项病案记录告一段落时,应签署本人姓名,签名应工整清晰。上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的病历的责任。住院病人的病历应经各级医师审阅修改,并签名、注明日期,修改后应保持原记录清楚可辨。实习医师所写各项病案记录,应由住院医师以红笔修正及签名。修改病历应在病人入院后 48 小时内完成。修改甚多者应予誊清。

16. 每张用纸均须填写病人姓名、住院号、科别及用纸次序页数。入院记录、入院病历及病程记录应分别编排页码。

此为试读,需要完整PDF请访问: www.ertongbook.com

17. 中西医结合病历,应按国家卫生部、国家中医药管理局印发的《中医、中西医结合病历书写基本规范(试行)》(2010年版)书写。

第二节 病案首页

1. 病案首页是统计医疗工作质量的原始材料,对住院病人身份识别、病案资料检索、医疗管理、质量评估等均有重要意义。病案首页中所有项目均应认真填写,不得空缺。

2. 于病人出院前1天,由住院医师认真填写首页栏目中各项内容,然后由主治医师审阅并签字(必要时主任医师复阅签名)。再由护士长或总务护士将出院病案顺序整理完善,然后送交出院会计室结账,结账完毕在48小时内由会计室送交病案室。

3. 病案首页的第一部分,应由住院处接诊人员于病人入院时填妥,其余部分由病区住院医师填写,填写方法及注意点如下:

(1) 第一部分包括姓名、性别、出生日期、年龄、职业、工作单位、出生地、民族、国籍等项,其中年龄应填实足年龄,婴幼儿应记明月数及天数。有医疗保险者应注明医疗保险号,非军人应注明身份证号。本人常住地址及联系人姓名、详细地址、包括邮编及电话号码要详细明确。注明人员类别、身份及费别。记明入院方式、入院情况及接诊日期。如入院后发现某项记录不合要求。经治医师应及时纠正。

(2) 凡是数字选择项目,应在有关数字上打勾。

(3) 病区各级医师姓名应由个人亲笔认真清楚签署全名,主任医师应亲自签名。

(4) 门诊诊断或急诊诊断,着重填写主要诊断。入院初步诊断指入院记录所记的诊断。出院诊断应记明住院期间所曾发现并明确的一切疾病诊断及伤残名称,按主次顺序编排。如先后住过2个科或2个以上的科,有几种主要病可酌情按主要诊断发现先后排列,注意不要漏次要诊断,如肠寄生虫病,耳鼻咽喉科疾病或畸形等。2002年起,各种疾病诊断均应按ICD-10(部队仍按ICD-9)编码。

(5) 确诊日期、出院日期应记明具体年月日。确诊天数指自此次入院之日起至明确主要疾病诊断所用的天数。住院天数:入院出院合计1天。

(6) 出院诊断中各项疾病的治疗结果、治疗天数应分别列入。治疗结果根据情况分别写明:1. 治愈;2. 好转;3. 无效……等记以阿拉伯代码。治疗天数:各病治疗天数应分别计算,各病治疗天数之和不必等于总住院天数。

(7) 损伤或中毒的外部原因如意外触电、房子着火、撞车、服错药、服化学品自杀等,或被他人用匕首刺伤,被车门轧伤等,不可笼统填写车祸、外伤等。死亡病例应记明死亡原因,是否尸检。

(8) 记明住院期间所施行的各种大小手术,包括手术日期、手术医师及其编码、手术名称、手术操作编码、手术类型、麻醉方式、切口类别及愈合等级等。麻醉方法记明何类麻醉,如气管内全身麻醉、静脉麻醉、局部麻醉、硬膜外麻醉等。切口类别及愈合等级参见第五章第一节内容填写。

(9) 病理诊断指活体组织检查或外科手术切除的脏器,或尸检所进行的病理组织学诊断。药物过敏:应填写具体药物或化学品名称。

(10) 危重情况注明危重持续日数、抢救次数及抢救成功次数。对于急、危重病人的连续抢救,使其病情得到缓解,按一次抢救成功计算;经抢救后病情平稳24小时以上后又出现危急情况,须进行再抢救者,按第2次抢救计算;如病人有数次抢救,但最后一次抢救无效死亡,则前几次抢救按成功计算,最后一次抢救为失败。每次抢救除记入病程记录外,应有特别抢救记录(包括抢救的起始时间和抢救经过)。慢性消耗性疾病的临终前救护,不按抢救计算。入住ICU、CUU日数,特护、一、二级护理日数,发生压疮次数,注明病人血型,输血次数及输血总量,有无输血、输液反应及次数。

(11) 院内感染及其他并发症应记明名称、发生日期、ICD-10(部队应按ICD-9)编码、治疗结果及治疗天数。其中较重要者应记入出院诊断项目内,并应记明其治疗结果及治疗日数。

(12) 诊断符合情况分列3项,可按1.符合;2.不符合;3.无对照分别打勾。

(13) 住院费一栏由出院会计室负责填写,各类费用应分别开列,不得笼统、含糊。

(14) 随访。病案质量评定分甲、乙、丙,主要由主治医师负责评定,科主任审核。

第三节 住院期间病案书写的内容与要求

住院病历内容包括住院病案首页、入院记录、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(治疗)同意书、手术同意书、麻醉记录单、手术及手术护理记录单、病理资料、护理记录、出院记录(或死亡记录)、病程记录(含抢救记录)、疑难病例讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录、死亡病例讨论记录等。

一、入院记录

入院记录是指病人入院后,由经治医师通过问诊、体格检查、辅助检查获得有关资料,并对这些资料归纳分析书写而成的记录。入院记录的书写形式分为:入院记录、再次或多次入院记录、24小时内入出院记录、24小时内入院死亡记录。

入院记录、再次或多次入院记录应当于病人入院后 24 小时内完成;24 小时内入出院记录应当于病人出院后 24 小时内完成,24 小时内入院死亡记录应当于病人死亡后 24 小时内完成。

(一) 入院记录(标准式)

一般项目 姓名、性别、实足年龄、婚否、籍贯(须写明国籍、省、市及县别)、民族、工作单位、军兵种、职务或职业及工种、地址、入院日期(急症或重症应注明时刻)、病史采集日期、病史记录日期、病情陈述者。

主诉 病人感受最主要的症状或体征及其持续时间(时间短者应记明小时数)。如“持续发热 6 天,全身红色斑丘疹 3 天”。同时患有数种重要疾病如肺炎、糖尿病、白血病等,应在主诉中分项列出。

不宜用诊断或检验结果代替症状,主诉多于一项时,应按发生时间先后次序分别列出,如“发热、流涕、咽痛、咳嗽 2 天”;“多饮、多食、多尿、消瘦 5 月”;“瘀点、瘀斑、头晕 1 月”;“劳累后心悸、气促、水肿反复发作 5 年余”;“尿频、尿急 3 小时”。

现病史

1. 将症状按时间先后,准确记录其发病日期、起病缓急、发病诱因,每一症状发生的时间及其发展变化的过程。与鉴别诊断有关的阴性症状亦须记载。

2. 在描述症状中应围绕重点并求得系统,如描写疼痛,应阐明其部位、时间、性质、程度、缓解方法,伴随症状及其他相关因素。

3. 按系统询问伴随的症状,以免遗漏。

4. 过去检查及治疗情况。

5. 对意外事件、自杀或他杀等经过详情与病情有关者,应力求客观、如实记载,不得加以主观揣测或评论。

6. 书写中西医结合病史时,按国家卫生部、国家中医药管理局印发的《中医、中西医结合病历书写基本规范》2010 年版要求书写。

7. 同时患有多种疾病者,可根据实际情况及记述与理解的方便,分段叙述或综合记录。与本科疾病无关的他科重要伤病未愈仍须诊治者,应分段叙述。

既往史 记述过去曾患而现已痊愈或无表现的疾病可从简,如目前仍有某些症状、体征及病变,则应从实记明;如为较重要的疾病,则宜改在现病史中记述。

1. 一般健康状况 健康或虚弱。

2. 急性传染性疾病及皮肤病史 按时间先后顺序记录疾病发生时间、治疗结果,有无并发症。如无传染病及皮肤病史,亦须将与目前疾病有关而确未发生的传染病及皮肤病名称记入此段中备查。

3. 是否曾预防接种,其种类及最近一次接种的种类及日期。

4. 按系统询问有关疾病,包括五官科、呼吸系统、循环系统、消化系统、血液

系统、泌尿生殖系统、内分泌代谢、神经精神系统、运动系统(肌肉、骨骼、关节)、外伤、手术史,中毒及药物等过敏史。

个人史

1. 出生地及经历地(特别注意自然疫源地及地方病流行区,注明迁徙年月)。
2. 生活及饮食习惯,烟酒嗜好程度。
3. 过去及目前职业及其工作情况(包括入伍或参加工作时间、工种或兵种、职务),有无粉尘、毒物、放射性物质、传染病病人等接触史。
4. 女性病人月经史 自月经初潮至现在的情况,月经周期和经期天数、闭经年龄,可依下式记录:

初潮年龄 $\frac{\text{每次行经日数}}{\text{经期相隔日数}}$ 闭经年龄 例如: $16 \frac{3 \sim 4}{30 \sim 32} 48$

并应记明月经来潮时有无疼痛,每次月经量、色泽及其他性状,末次月经日期。

5. 婚姻史 结婚年月,配偶健康情况;如配偶已亡故,记明死亡原因及年份。
6. 生育史 妊娠及生育次数,生产正常与否,有无早产或流产、节育、绝育史。

家族史

1. 父、母、兄、弟、姐、妹、子、女的健康状况。如已死亡,记明死亡原因。
 2. 如疑有遗传因素及生活接触因素的疾患时,应问明家族中有无相似病人。
- 对于重要的遗传性疾病,应于充分调查后画出家系图。

体格检查 体格检查应注意光线要充足,病人体位舒适,防止受凉,要求手法轻巧、正确,态度和蔼,切忌动作粗暴。检查应全面、系统、循序进行(儿童应依儿科常规执行);对重危病人则根据病情重点进行,灵活掌握。男医师检查女病人时,须有第三者在场。

一般状况 体温、脉搏、呼吸、血压(必要时记录身高及体重);发育(正常、异常、欠佳);营养(良好、中等、欠佳、消瘦、肥胖);体位和姿势(如屈曲位、斜坡卧位等);面色(如红润、晦暗等);表情(焦虑、痛苦、慢性病容);神志(清晰、嗜睡、半昏迷、昏迷)及言语状态(是否清晰、流利、对答切题),检查时是否合作等。

皮肤 色泽(正常、潮红、发绀、黄染、苍白),弹性,有无水肿、出汗、紫癜、皮疹、色素沉着、血管蜘蛛痣、瘢痕、创伤、溃疡、结节。并明确记述其部位、大小及程度等。

淋巴结 全身或局部表浅淋巴结有无肿大,应注明部位(颌下、耳后、颈部、锁骨上、腋部、肘部及腹股沟部等)、大小、数目、硬度、有无压痛及活动度;局部皮肤有无红热、瘰管或瘢痕。

头部

头颅 大小,外形正常或有何异常;眉发分布;有无疖、癣、外伤、瘢痕、肿块。

眼部 眼裂大小,眼睑及眼球运动,角膜,结膜,巩膜,瞳孔(大小、形状、两侧是否对称、对光反射、调节反应),视野及视力(粗测)。必要时进行眼底检查。

耳部 耳廓有无畸形,外耳道有无分泌物,耳屏、乳突有无压痛,听力(粗测)。

鼻部 有无畸形、鼻翼扇动、阻塞、分泌物、鼻中隔异常及嗅觉障碍,鼻窦有无压痛。

口腔 呼气气味,口唇色泽,有无畸形、疱疹、微血管搏动、口角皲裂;牙齿有无缺损、龋病、镶补等异常;牙龈有无溢血、溢脓、萎缩、色素沉着;舌苔、舌质、伸舌时有无偏位、震颤;口腔黏膜有无溃疡、假膜、色素沉着;扁桃体大小,有无充血、水肿、分泌物;咽部有无充血、分泌物,咽部反射,软腭运动情况,悬雍垂(腭垂)是否居中,吞咽是否正常。

颈部 是否对称,有无强直、压痛、运动受限、静脉怒张、动脉明显搏动、肿块,气管是否居中。甲状腺有无肿大,如肿大应描述其形态、大小、硬度,有无结节、震颤、压痛、杂音等。

胸部

胸廓 形状,是否对称,运动程度,肋间饱满或凹陷,肋弓角大小,胸壁有无水肿、皮下气肿、肿块、静脉曲张。肋骨及肋软骨有无压痛、凹陷等异常。乳房情况,包括乳头位置,乳房大小,皮肤性状(有无红肿、橘皮样外观、压痛、肿块等)。

肺脏 视诊:呼吸类型、快慢、深浅,两侧呼吸运动是否对称。

触诊:语音震颤两侧是否相等,有无摩擦感。

叩诊:叩诊反响(清音、浊音、实音、鼓音),肺下界位置及呼吸移动度。

听诊:注意呼吸音性质(肺泡音、支气管肺泡音、管性呼吸音)及其强度(减低、增强、消失),语音传导,有无摩擦音、哮鸣音、干啰音、湿啰音。

心脏 视诊:心尖搏动的位置、范围、强度,心前区有无异常搏动、局限膨隆。

触诊:心尖搏动最强部位,有无抬举性冲动,有无震颤或摩擦感(部位、时间强度)。

叩诊:左右心界线以每肋间距胸骨中线的厘米数记录或绘图表示。

右(cm)	肋间	左(cm)
2.0	Ⅱ	3.0
3.0	Ⅲ	4.0
3.0	Ⅳ	6.0
	V	8.0

听诊:心率及心律,如节律不齐,应同时计数心率及脉率。各瓣音区心音的性质和强度,有无心音分裂及第三心音、第四心音,比较主动脉瓣与肺动脉瓣第二心音的强弱。有无杂音,应注意杂音发生的时间、强度、性质、最响部位,向何处传导等,有无心包摩擦音。

须注明锁骨中线至前正中线的距离。

腹部 视诊:呼吸运动情况,腹壁是否对称,有无凹陷、膨隆、静脉曲张、蠕动波、局限性隆起,脐部情况。

触诊:腹壁柔软或紧张,有无压痛,压痛部位及其程度,拒按或喜按,有无反跳痛;有无肿块,肿块部位、大小、形态、硬度,触痛、活动度,呼吸运动的影响,有无搏动及波动等。

肝脏 可否触及。如可触及,应记录肝下缘距锁骨中线肋缘及剑突的厘米数。注意肝缘锐钝、硬度,有无压痛,肝大时注意有无搏动、表面有无结节。

胆囊 能否触及,大小,有无压痛。

脾脏 能否触及,如能触及,应注明其表面是否光滑,有无切迹及压痛,硬度,脾下缘距锁骨中线肋缘厘米数(垂直径 AB 及最大斜径 AC),仰卧及侧卧时脾移动度。

肾 能否触及,大小,活动度,有无压痛等。

叩诊:肝、脾浊音界(上界以肋间计,全长以厘米计),肝、脾区有无叩击痛。腹部有无过度回响、移动性浊音。

听诊:肠蠕动音(正常、增强、减弱、消失)及其音质与频率,有无胃区振水音,肝、脾区有无摩擦音。有无血管杂音,并记录其部位及性质等。

外阴及肛门 阴毛分布;生殖器发育,有无包茎、尿道分泌物;睾丸位置、大小、硬度;有无压痛,附睾有无结节及肿痛;精索有无增粗、压痛、结节与静脉曲张;阴囊有无脱屑、皲裂及肿胀。如肿胀,当用透照试验,以明确是否为阴囊积液。女性生殖器检查(参见妇科检查)必须有女护士在旁协助,或由女医师检查。肛门检查,有无外痔、肛裂、肛瘘、脱肛、湿疣等,必要时应行肛门直肠指诊或肛门镜检查。

脊柱及四肢 脊柱有无畸形、压痛、叩击痛;脊柱两侧肌肉有无紧张、压痛;肋脊角有无压痛或叩痛;四肢有无畸形、杵状指(趾)、水肿、静脉曲张、外伤、骨折;关节有无红肿、畸形及运动障碍;甲床有无微血管搏动;股动脉及肱动脉有无枪击音;桡动脉搏动及血管壁硬度。

神经系 四肢运动及肌肉张力与肌力,有无萎缩;膝腱反射、跟腱反射、肱二头肌腱反射、肱三头肌腱反射、腹壁反射、提睾反射,病理反射:巴宾斯基征、凯尔尼格征等;深浅感觉等。

专科情况 如外科病历须写外科情况,其他科如眼科情况、妇科情况等,应重点突出、详尽、真实、系统地描写该专科有关体征。参见各专科病历书写要求。

检验及其他检查 入院后 24 小时内应完成的主要检验,如血、尿、粪常规检验,以及 X 线、心电图、超声等检查。入院前的重要检验结果可记录于病史中。

小结 一般用 100~300 字,简明、扼要地综述病史要点、阳性检查结果、重要的阴性结果及有关的检验结果。