

# 病历书写规范

四川省卫生厅医政处编

一九八一年十二月

# 病历书写规范



四川省卫生厅医政处编

## 前 言

为有助于我省各级各类医院搞好病历书写工作，提高医疗和护理质量，特编印了这本《病历书写规范》，供研究试用。由于我们水平所限，内容上难免有不少的缺点和错误，编排也会有不妥的地方，希望提出宝贵意见，以便今后补正。

这本《病历书写规范》是我们委托省人民医院组织编写的，又承四川医学院补充、修改。对此谨表谢意。

四川省卫生厅医政处

一九八一年八月二十日

# 病历书写规范

病历是记录病人疾病演变过程，诊治情况和预后估计的档案。它是医学科学与临床实践相结合的宝贵产物和成果，是医疗、教学、科研工作中不可缺少的一项记录资料，是衡量医院医疗护理质量和技术水平的重要标志。把病历书写好，是临床医务人员必须掌握的一项基本功和应尽的职责。因此，应以严肃认真、实事求是的态度来书写病历。现将病历书写的内容和要求重点分别叙述如下：

## 第一章 病历书写

病历记录应用钢笔书写，力求准确、完整、系统、及时，必须字迹清楚段落清晰，文句通顺，简明扼要，不写错别字和自体字，不得涂改和补贴。各级医生都要按规定和要求按时完成病历各项记录的书写工作。每记录一次后，要签清楚全名。

### 一、门（急）诊病历的要求

1. 门诊及急诊病历封面（或首页）应将患者的姓名、性别、年龄、籍贯、职业、住址等项填写清楚，不得留下空白，年龄不得写成“成”。

2. 门诊及急诊病历须用蓝黑墨水笔书写。如系旧病复诊，按门诊复诊病历格式书写；如系新病，应按初诊病历格式书写。

3. 初诊病人的体格检查要求比较全面，以便作为复诊时

参考。

4. 急诊病人应由接诊护士或挂号处在急诊病历上加盖“急诊专章”以示区别，其式样如下。

急诊	年	月	日	时	分
T	P	R	BP		

5. 在不延误对患者进行抢救的情况下，急诊病历要求抓住重点进行记录，力求全面不遗漏，并随时作好补充记录。

## 门（急）诊病历的格式

### （一）初诊格式

×年×月×日

体温：×°C

（急诊应按急诊专章所立项目填写）

主诉（不用小标题）

现病史（要求简明扼要，不用小标题）

既往史、个人史、家族史等。（要求简单记录与本次发病有关的病史，不用小标题）。

体格检查（主要记录阳性体征及有排除诊断意义的阴性体征）。

实验室检查及其它特殊检查结果

诊断（或印象）

处理：（1）

（2）

建议：（1）

（2）

（医师签字）

×××

## (二) 复诊格式

×年×月×日

体温：×°C

书写上次诊治后的情况和上次建议检查的结果。

体格检查，着重记录原来的阳性体征的变化及新发现的阳性体征。

诊断（诊断无改变者不再填写诊断，诊断改变者应再写诊断）。

处理：（1）

（2）

建议：（1）

（2）

（医师签字） ×××

## 门（急）诊病历示例

### 初诊示例

1978年10月28日

体温：36.8°C

咳嗽半月。

半月前受凉后开始咳嗽，阵咳，有少量白色粘稠痰，不易咳出。无发热、盗汗、咯血及胸痛。曾服“止咳糖浆”三天，未见效。大便干燥，三天一次。

有吸烟史十年，每日一包。四年前在××医院诊断为“慢性支气管炎”。其父患“肺结核”已十余年。

体格检查：BP120/70毫米汞柱，无呼吸困难，无紫绀及杵状指。两肺可闻散在干性罗音，心脏无异常，腹软无压痛，肝脾均未触及，下肢无浮肿。

诊断：慢性支气管炎急性发作

处理：（1）胸部X线透视

（2）四环素 $0.5 \times 12$                       0.5      q.i.d

（3）氯化铵甘草合剂100ml 10ml      t.i.d

（医师签字）                      × × ×

## 处方的规定与要求

一、处方必须用蓝黑墨水笔书写，字迹必须清晰。

二、处方内容包括下列各项，必须填写完全。

1. 患者姓名、年龄（儿科患者应写明足岁、月）性别、处方日期、病历号和医师签名（签全名）。

2. 药品名称按新版药典为准。不得使用化学元素符号（如将稀盐酸写成HCl）。药品剂量及数量一律用阿拉伯数码书写，并注明单位。剂型应加说明（如粉剂、胶囊、注射液或软膏等）。药物用法应写明皮下注射、肌肉注射、静脉注射、外用、每次剂量以及每日用药次数，如每日三次写作一日三次，或用通用的拉丁文缩写形式。

3. 处方中每一药名都须另起一行，药物次序一般可依主药、辅药、矫正药及赋形药的次序排列。开处方可用中文、英文或拉丁文。

三、医师或代行职务的医士与进修单位同意有处方权的进修医师（士）方有处方权，未同意有处方权的进修医师（士）及实习医生必须在上级医师（士）的指导下开处方，其处方必须经上级医师（士）签字后方可生效。

四、处方内容不得涂改，必须修正者，应由医师附签。

五、普通内服药一般不得超过七天量，麻醉药须有麻醉处方权的医师签字后方生效，并用麻醉专用处方书写，每张

处方用量，注射剂一般不超过一日量，片剂、酞剂、糖浆等不超过三日量，连续使用不得超过七天。

六、急症用药，须在处方右上角注明“急”字或其他代号，要求药房优先调配。

七、自费药品、外购药品等，亦应在处方中注明“自费”、“外购”等字样。

## **二、住院病历（指病案中医生书写记录部份）的主要内容和要求**

住院病历包括入院记录，或入院病历，病程记录，会诊记录，术前讨论记录，手术记录，转科记录，接受记录，出院记录（或死亡记录）等。要求：

1、病人入院时由住院医生（或有处方权的进修医生）详细收集病史，系统查体及必要的化验检查后及时完成入院记录（即入院志），实习医生（或无处方权的进修医生）在24小时内（第二日查房前）完成。入院病历（即全病历）。

2、详细收集病史后，经过综合分析、加工整理，要求精简扼要，客观如实的反映病情，避免杂乱无章和繁琐冗长。

3、各种症状体征应用医学术语，不得用医学诊断名称。

4、危急抢救病人应及时书写首次病程记录，待情况许可，经过补充，再完成入院记录或入院病历。

5、病人入院经检查确定初步诊断后，住院医生（或有处方权的进修医生）及时在医嘱本上按规定将病人姓名、床号、处方时间，护理级别，特殊护理要求，饮食种类，治疗用药名称，剂量、途径及时间（次数）依次书写清楚并签



名，由护士按规定执行并抄录于医嘱记录单上（详见护理记录）。

6、查房时应及时地准确记录上级医生的意见和指示。病历记录中经查对有不准确者亦应随时在病程记录中更正。（例如，住院医师或进修医生检查脾脏肿大在肋下3厘米，上级医生检查为4厘米，住院医师或进修医生应在病程记录中更正）。

7、各项记录均应注明年、月、日、时、记录结束时，记录人应签全名。

8、病历记录一律用兰墨水笔书写（特殊规定者例外），词句精练通顺，字迹清楚，不许涂抹贴补。

9、实习医生或进修医生所写入院病历及各项记录应由住院医师以“红墨水笔”修改及签名，必要时可令其重写，以保证病历质量。

10、有药物过敏史者，应用红墨水笔写在白纸上，贴于病历牌封面的背面。

11、病历应按规定次序排列，病历纸每页均应填写病人姓名、科别、病房、床号、住院号及页数。

12、化验单应按日期顺序粘贴，并在化验单顶端露出部份用兰墨水笔写明检查项目名称。其他检查报告单，分门别类，另纸粘贴整齐。

13、病人出院时主管医生应将病人住院诊治情况及门诊随访要求，简要记于病人门诊病历，送交门诊挂号室，并书写出院证明书交病人或亲属、组织。死亡病例，则将门诊病历附于住院病历后。

14、病人出院或死亡时，住院医师应及时准确的填写出

院卡片，不得遗漏，以供病案室统计分类。

15、病案首页应按要求由住院医师逐项填写。病人出院后，由主治医师审查签名，并以48小时内，送病案室保存。

### 三、入院病历

入院病历主要由实习医生、住院医师书写，内容包括病人的病史、体征，入院时化验检查及初步诊断。具体要求如下：

1、一般项目：姓名、性别、年龄(实足年岁)、婚否、职业、民族、籍贯、工作单位及住址，入院日期，病历记录日期，病史陈述者，可靠程度。

2、主诉：病人就医的主要症状或体征及其持续时间。若主诉多于一项时，应按发生顺序分别列出，最好不超过两项，要简明扼要，重点突出。

3、现病史：详细记录病人起病到入院时疾病的发生、发展经过和诊治情况。

1)、起病：有无诱因，起病缓急，时间、地点。

2)、病情发展：围绕主要症状按其发展经过详细描述其时间、性质、部位、程度，诊治情况及其他相关因素。

3)、伴随症状：发生的时间、特点、演变情况，与主要症状的关系以及与鉴别诊断有关的阴性症状和体征。

4)、一般情况：如病人精神、食欲、睡眠、体重及大小便等。

#### 4.过去史

1)、一般健康状况：体质强弱，抵抗力高低及劳动力大小等。

2)、传染病史：按时间先后记录疾病的名称，发病时间，治疗效果，有无并发症或后遗症。与目前疾病有关的传染

病，若确未发生，亦应记录以供参考。

3). 预防接种史：记录其种类及接种日期。

4). 过敏史：是否曾患过敏性疾病，有无药物过敏史。

5). 各系统疾病史：按呼吸、消化、循环、泌尿、神经、五官等系统询问有关疾病，及外伤、手术史。诊断肯定者可用病名，但应加引号，若诊断不能肯定，则简述其症状及转归。

5. 个人史

1). 出生地，经历地及居住地。

2). 生活及饮食习惯、烟、酒嗜好程度及时间，有无精神创伤。

3). 过去及目前职业，工作情况，有无毒物接触史。

4). 月经史：初潮年龄  $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$  末次月经时间（或

闭经年龄），未闭经者，记录末次月经时间，每次月经量，色泽，有无经痛及其他症状。

5). 婚姻及生育史：结婚年龄、初孕年龄、妊娠和生产次数，有无流产、小产、难产、死产，节育，绝育史，子女年龄及健康情况，有无死亡及死亡原因。

6. 家族史：

1). 父母、兄弟、姊妹的健康情况，有无死亡、死亡原因。

2). 对疑有遗传因素及生活接触因素的疾病，应询问家族中有无相似患者。

7. 体格检查：要求态度和谒，手法轻巧，全面系统，常规顺序进行，对重危患者则应根据病情作重点检查，待病情

许可时再按下列要求补查补记空缺项目。

1).一般情况：体温、脉搏、呼吸、血压。身高体重(必要时)、发育(良好、中等、不良、异常)、营养(良好、中等、不良、消瘦、肥胖)、体位(自动、被动、强迫)、神志(清楚、嗜睡、谵妄、昏迷)、表情(安静、淡漠、痛苦、焦虑、急性或慢性病容)、言语状态及检查时是否合作等。

2).皮肤粘膜：色泽、弹性、湿度、皮疹、瘀斑、蜘蛛痣、溃疡、瘢痕、结节、水肿等，并记录其部位，大小及程度等。

3).淋巴结：全身或局部表浅淋巴结有无肿大，应注明其部位(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、动度及压痛。局部皮肤有无红热，瘰管或疤痕。

4).头部：形状、大小、头发、肿块、压痛、外伤、疤痕、畸形等。

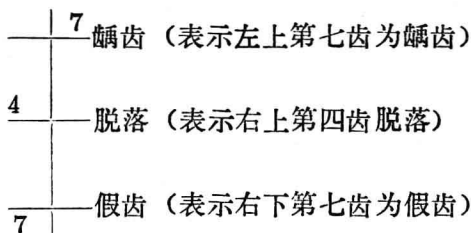
眼：眼球(形态、运动、大小、对称)、眼睑(下垂、倒睫)、结膜(充血、水肿、滤泡、颗粒、疤痕)、巩膜(黄染)、瞳孔(大小、形态、对光反应、调节反应)、视力

耳：耳廓(畸形)、耳道(分泌物)、乳突(压痛)、听力

鼻：有无畸形、阻塞、鼻中隔异常、分泌物及嗅觉障碍、鼻窦压痛。

口腔：唇(颜色、疱疹、皸裂、溃疡)、齿(脱落、龋齿、镶补)、齿龈(溢血、溢脓、色素沉着)、舌(舌质、舌苔、偏斜、震颤)、粘膜(疹、溃疡、出血、假膜)、扁桃腺(充血、大小、分泌物)、咽(充血、分泌物、反射)、喉(发音)等。

牙齿异常的记录方式：



5). 颈部：对称、强直、静脉怒张、异常搏动、肿块。  
气管位置（居中、偏左、偏右）、甲状腺（大小、形态、压痛、震颤、杂音）。

6). 胸部：

胸廓：形态（正常、扁平、桶状、鸡胸、畸形）、肋间隙宽窄、肋膈角大小、胸壁有无凹陷、隆起、水肿、压痛或静脉曲张。乳房（大小、红肿、压痛、包块）。

肺：望诊、呼吸运动（频率、节律、深浅、类型、对称）。

触诊：语颤（增强、减弱、消失）、胸膜摩擦感及皮下捻发感。

叩诊：叩诊音（清音、浊音、实音、鼓音、部位）、肺下界及肺下缘移动度。

听诊：呼吸音（性质、强弱、分布部位）、干湿性罗音、胸膜摩擦音、语言传导。

心：望诊：心尖搏动（位置、范围、强度）、心前区有无异常搏动或隆起。

触诊：心尖搏动（位置、范围、强度）、震颤（部位、时相、强度）、心包摩擦感。

叩诊：心浊音界以每肋间距胸骨中线厘米数记载并标明锁骨中线至胸骨中线距离的厘米数。可用下图表示：

右 (厘米)	肋 间	左 (厘米)
	II	
	III	
	IV	
	V	

听诊：心率(次数/分钟)、心律(如有不齐详细记录其特点)、心音(各办膜区心音性质、强度、心音分裂、第三心音、第四心音、开办音， $P_2 =$  或  $>$  或  $< A_2$ )、杂音(部位、性质、强度、时相、传导)、血管心包摩擦音等。

#### 7).腹部：

望诊：外形(平坦、膨隆、凹陷)、包块(部位、形状、大小)、腹壁有无静脉曲张，疤痕，肠型及蠕动波、脐动及腹股沟部有无异常。

触诊：腹肌张力(柔软、紧张)、压痛(部位、程度、反跳痛)、包块(部位、大小、形状、硬度、动度、触痛、搏动及浪动感)、膀胱有无潴留、子宫是否长大。

肝：可否触及，右叶肝下界(锁骨中线肋缘下厘米数)左叶肝下界(剑突下厘米数)、质(软、中硬、硬，坚如石)、边缘(薄锐、园钝)、表面(光滑、不平、结节)、有无压痛及肝颈静脉回流征。

胆囊：可否触及、大小、形状，有无压痛及囊样

感。

脾：可否触及、脾下缘位置（脾尖至左锁骨中线肋缘厘米数）、硬度、表面光度、有无切迹及压痛。

肾：形状、硬度大小、活动度，压痛。

叩诊：实音、鼓音、转移性浊音、肝浊音界（存在、消失）、肝上界（锁骨中线肋间隙数）、肝区、肾区有无叩击压痛。

听诊：肠鸣音（活跃、减少、消失、强弱、气过水声）、有无血管杂音（部位、性质）及胃潴留振水声。

8) 肛门：有无外痔、肛裂、瘘管、脱肛。肛门指检（必要时）有无内痔、包块（部位、大小、形态、硬度、压痛）及前列腺的大小、坚韧度、是否对称、有无结节、中央沟是否消失。

9) 生殖器：

男性：有无发育不良及炎症、包皮（过长、狭窄）、睾丸（大小、位置、压痛）、附睾（结节、肿痛）、精索（粗细、硬度、结节、压痛）、阴囊（水肿、积液、湿疹）。

女性：按妇产科检查内容和要求（男医生检查时必须有女护士在旁边协助）

10) 脊柱及四肢：

脊柱：畸形、压痛、叩击痛及运动障碍。

四肢：畸形、外伤、骨折、瘫痪、肌萎缩、水肿、静脉曲张及杵状指（趾）等。桡动脉（搏动节律，强度及血管硬度）、股动脉（搏动强度，枪击音）、脚背动脉（搏动强度）。

关节有无红肿、压痛、畸形及运动障碍。

### 11) 神经反射

颅神经：有无异常发现。

生理反射：角膜、腹壁、提睾、肌腱（三头肌、二头肌、膝及跟腱）是否正常、亢进减弱或消失。

病理反射：巴彬斯基、何夫曼、克尼格氏等征是否阳性。运动、感觉及其他检查必要时作。

12) 专科记录：专科的特殊情况如外科情况、妇产科情况、眼科情况、神经科情况等，应突出重点。详尽，真实地描述各该科有关体征。

### 8. 化验及其他检查：

记录入院时及入院后24小时内血、大便、小便常规及X线、心电图，超声波检查等结果。

入院前短期内有关检查须记录者，应注明检查地点及日期。

### 9. 中医辨证分析：

中西医结合病室，应记录中医主症、舌象、脉象、病机、辨证、治则等。

10. 初步诊断：疾病诊断，主要病在先，次要病在后，中医辨证与西医诊断并列记录于病历纸右侧。

11. 签名：实习医生或进修医生完成上述病历后，用兰墨水笔在诊断下签名，住院医师审查后用红墨水笔作必要的修改并签名。

12. 修正诊断：住院期中确定诊断与入院时初步诊断不符时，应记录修正诊断于病历纸左侧，注明确诊日期并签名。

示例：

<b>入院病历</b>	门诊号113291
	住院号10213



姓名：王全贵 性别：男 年龄：40岁

婚否：已婚 民族：汉 籍贯：四川成都 工作单位及住址：成都市三十二中学职工宿舍，职业：教师 病室：内二 入院日期：1980年2月10日，病历记录日期：1980年2月10日

病历呈述者：患者本人 可靠程度：可靠

主诉：1.反复上腹痛八年 2.黑便二天

现病史：八年前（即1972年4月）开始，病员偶有上腹隐痛不适，多在饥饿时发生，稍进食或持续一小时左右可缓解，未介意，亦未诊治。两年后上述症状加重，每遇劳累过度或饥饱不均常诱使上腹痛并有返酸打呃，按医嘱服胃舒平后，症状可缓解。一周前因总结工作熬夜，上腹痛复发，呈持续性隐痛，服药，进食皆不能缓解，仍坚持工作。前晚饮酒半两后入睡，昨晨感头昏不适，起床后大便一次，未注意颜色，昨晚及今日上下午又各解大便一次，皆为黑色糊状稀便，每次约300克，感头昏、心累、精神不佳，于今晚七时来我院急诊。查血压90/60毫米汞柱，经急症室输液后血压上升至100/70毫米汞柱，当晚九时急诊入院。自昨日起未再腹痛，饮食尚可，无恶心呕吐，小便正常。

过去史：过去体健少病，小时种过牛痘、5岁时出过“麻疹”，10岁曾患“菌痢”经治疗全愈，未再复发。无肝炎或结核病史，无上腹绞痛，胀痛及慢性腹泻史。

个人史：生于成都市，高中毕业后去重庆。1963年师范学院毕业后分配回成都32中学任教至今。偶饮酒少许，一般不超过一两。不吸烟。1965年结婚，爱人体健，无流产、小产史，有子女各一，子10岁，女7岁，皆健在。

家族史：父10年前患“高血压性脑溢血”死亡。母及大