

病历书写手册

伊 春 市 卫 生 局 编

一 九 八 一 年 九 月

323

前 言

在医学临床工作中，完整而正确的病历是诊断疾病的钥匙，是保证患者得到适当处理及正确治疗的先决条件之一。病历包括有关疾病的全部材料，它不仅反映着病人有关的问题，也反映着医生在观察及治疗病人过程中的思维及行动，所以，它是医生工作成绩的一种具体记录，体现着医院及医生的工作质量，是衡量工作好坏及技术能力的标准之一。病历又是教学、科研、卫生行政部门及司法机关的重要参考资料。因此病历书写水平直接反映医疗服务质量，是技术管理的重要内容。但是在十年动乱中有的医院有章不循、或无章可循、或各有标准、各行其事，管理的比较混乱。基于这种情况，我们组织编写了这本《病历书写手册》。根据多年积累的经验 and 参考了国内有关资料，对如何书写好病历提出了基本要求和基本格式。对提高临床医生的病历书写水平会有所补益的。由于我们水平有限，不足之处在所难免，望广大临床工作者在实践工作中给予指正。

在编写工作中，王忠棠、沐永兴、孙德本、张忠诚等医师做了大量具体工作，在此表示感谢！

伊春市卫生局

编写说明

“病历书写手册”是在市卫生局直接领导、组织下编写的。参加编写的人员有：伊春市医院主治医师林永兴，伊春林业中心医院主治医师王忠棠，伊春卫校主治医师孙德本，铁力县医院张忠诚医师。并请伊春林业中心医院吴继汉医师编写了“麻醉记录”一节。初稿完成后。市卫生局组织市医院、林业中心医院、伊春卫校等单位部分医师和护理师进行了评阅、讨论和征求意见。上述同志提出很多宝贵修改意见，在此表示感谢。由于编写人员水平所限，可能尚存有不足之处，衷心希望广大医务同道指正。

“病历书写手册”编写组

一九八一年九月

目 录

前 言

一、病历书写的重要性及基本要求	(1)
二、住院病历部分	
(一) 完整住院病历的内容及要求	(3)
(二) 完整病历的格式	(14)
(三) 儿科完整住院病历的格式	(17)
(四) 住院病历书写的内容、要求	(18)
(五) 住院病历的格式	(19)
(六) 再次入院病历的内容要求	(20)
(七) 再次住院病历格式	(20)
三、住院期间的有关记载	
(一) 病程(情)记录的内容要求	(21)
(二) 会诊记录的内容及要求	(22)
(三) 转科记录的内容及要求	(23)
(四) 接收转入记录	(23)
(五) 病房医生交接班记录的书写与要求	(24)
(六) 手术前讨论记录的内容和要求	(25)
(七) 麻醉记录	(26)
(八) 手术记录内容及要求	(27)
(九) 临床病例讨论记录的内容要求(格式见附表五)	(28)
(十) 出院记录要求	(29)

(二) 填写护理记录单要求 (护理记录: 见附表二 特护记录见附表三, 出入量记录见附表四)	(65)
附录 一、医疗常用缩写词注释	(66)
附录 二、常用临床体征外来语—文中对照	(78)
附录 三、常用医疗统计指标及计算公式	(81)
附表 一、推荐体温表格式	(82)
附表 二、护理记录	(83)
附表 三、特护记录	(84)
附表 四、出入量记录	(85)
附表 五、住院病志	(86)
附表 六、门诊病志	(87)

1 B
B29

一、病历书写的重要性及基本要求

病历是医务人员对病人诊疗工作的完整记录和总结。是通过病人的问诊，体格检查，实验诊断和器械检查等所反映出的临床资料的记载。不但是对这些资料的综合、分析和整理，而且也可以反映出医生对病情的判断和采取的措施。

一份完整的病历还可反映出医生的医疗水平、医院的管理水平和设备条件。

病历是原始的临床资料。而往往又可成为临床医学发展不可缺少的宝贵的科研资料。又可做为有关行政部门和政法机关必要时察寻的重要依据。因此，临床医生应以极端负责的精神，实事求是的科学态度进行病历的采集和书写；医技科室人员及护理人员在填报书写有关资料时，亦应一丝不苟、严肃认真。并应注意如下几点基本要求：

1、住院医生应在病人住院24小时之内完成住院病历（中医住院记录）。如患者急需抢救来不及书写病历，可先急救并书写病情或急救记录做为病情记录的一部分，待病情允许后尽快完成住院病历或完整住院病历。如患者在住院24小时之内死亡，可以不再补写住院病历，但其他有关记载应能足以表明病情及抢救情况。

2、病历书写者对病历内容负有完全责任。必须严肃认真，客观如实地反映病情。不得伪做虚构。病历内容应完整、系统、重点突出、层次分明，条理清晰，避免冗长繁琐。

3、一律用兰墨水书写（体温表可用油笔）。文笔要通顺、简练，概念明确，不模棱两可。字迹清楚工整，标点准确。不得随意涂改剪贴。必要的删改处应有签章，以示负责。

4、应用外文缩写字和外来医学词语，应按国家统一规定（可参照附录），不得自行滥造。

5、各种症状和体征的描述应用医学术语，不得用诊断名词；亦不得用症状体征代替诊断（如暂时确无法确立诊断，可暂用体征或症状，但其后应以“待查”字样续后，并应尽快请上级医生会诊，并有记录）。如一病多称，应力求通用标准。

6、为保证病历质量，实习医生、进修医生、见习医师及部分医士必须在患者入院24小时之内完成完整住院病历，并且必须经有关住院医师或主治医师改阅签章（如修改多处，应责令重写后签章入病历）。

7、病历首页应填写完整准确。

8、住院病历各部分应按顺序排列，每页均应有患者姓名及病历号。

9、医技科室回报单应按顺序粘贴有关栏内，页边应另标日期。

10、有药物过敏史者，应在病历首页（门诊，住院）有明显标记。法定传染病应于接诊同时按规定填报“传染病报告卡”，并将存根贴于当时病历页内。

11、病人出院时，主管医生应按要求在门诊病历上书写住院期间病情和出院后的建议。患者死于住院期间，门诊病历可不再书写意见，但门诊病历应归于住院病历一并送档案

室保管待查。

12、医院所有工作人员都应诊治病历，慎重保管。

(伊春市医院林永兴)

二、住院病历部分

(一) 完整病历的内容和要求

一般项目：

姓名、性别、年龄、职业、民族、婚姻、籍贯、现在住址，工作单位，入院日期，门诊入院诊断，病历记录日期，病史陈述者，可靠程度。

以上各项均需要详细填写。年龄以周岁计，一岁以内月计，一月以内以日计。籍贯应写出生地址并写明省、市、县。职业应注明工种。日期均应记录年，月，日，时。病史若非病人本人所述则应记录代述者姓名以及与病人的关系。及可靠性婚姻应注明已、未、离、丧。

主诉：应包括病人所感觉最痛苦，促使病人就诊的一个或几个主要症状或最明显的体征及其性质与持续时间。若主诉包括几个症状则按其发生的先后排列。但一般不要超过二、三个。医生通过主诉一般可初步估计病人患的是哪一系统的疾病或那种性质的疾病。

记录要求词句简单扼要，重点突出，概念准确，客观的反应病人最明显的主观感觉和就医的主要原因。不要使用病名。但有时患者认为最主要的症状，并不代表所患疾病的主要症状，应全面了解病史后再写主诉。

现病史：

应包括现在所患疾病的详细经过。其内容应根据对主诉的分析，从现在所患疾病的最初症状至就诊时为止整个阶段的发生、发展、变化过程及诊疗情况。要求系统、全面、客观的按时间顺序加以记录。与现病有直接关系的病史虽年代久远亦属现病史。如风湿性瓣膜病患者的现病史，应从风湿初发时开始；又如胃溃疡病已反复发作六年，即由第一次发生症状的情形说起，描述其反复发作与演变的全部过程。

主要内容如下：

1、起病情况：何时，何地，如何起病？发病缓急及可能的原因和诱因。

2、主要症状的发生和发展情况：按时间顺序描述其性质（如疼痛的性质有锐痛、钝痛、阵发痛、持续痛等）、部位（如上肢部，腰部，心前区疼痛等）、程度（如发热有高热、微热，疼痛有轻微、剧烈等）、时间（症状出现的时间，如溃疡病与饮食的关系）、持续时间，缓解或增重的因素。

3、伴随症状：主要症状往往伴有其他症状，如发热时伴有寒战、出汗。这些症状的发生时间，特点和演变情况，尤其与主要症状有相互关系的均应描述，与鉴别诊断有关的阴性症状也应记录。

4、诊治情况：患现病后曾在何时何地就诊？诊断是什么病？经过什么重要检查？曾用过的药物剂量，用法，使用时间，效果如何和有无反应等等。此项中的病名，药名均应加以引号。

5、对于发病后及现阶段的食欲，睡眠，体力，体重增减，大小便等情况的变化应做简要记录。

既往史：

病人过去的健康状况和患病情况。为了防止遗漏，故应从幼年起询问或按系统询问。择其重要者，按发病先后顺序记录。诊断肯定者则简述其症状，持续时间和转归。如心脏病患者应记录过去有无咽峡炎，发热，关节疼等等。概念要清楚，时间要准确。主要包括下列内容：

- 1、一般健康情况；
- 2、急慢性传染病史；
- 3、各系统疾病病史；
- 4、预防接种史；
- 5、外伤或外科手术史；
- 6、过敏性疾病和过敏史；

7、用药史。包括长期应用的药物，可能成瘾的药物和抗菌素等等。

个人史：

1、出生地点，迁移情况，居住地区。

2、生活情况，饮食习惯，烟酒嗜好。烟酒等不良习惯和嗜好应注明其用量和时间久暂等。

3、劳动和职业。应注明职业性质，工作场所的条件，劳动的强度，曾否改换职业及有无毒物接触史。

4、精神状态：应记录平素性格，有无精神创伤，过度紧张和疲劳等情况。

5、婚姻史：记录结婚年令，爱人的健康状况。如爱人死亡，则需记录死因及时间。

6、月经史：凡女病人均应记录：初潮年令

经期日数
——
间隔日数

闭经年令（未闭经者，应记录末次月经时间）。月经血量及颜

色，有无痛经，月经不规则或白带等。

7、生育史：初孕年令，妊娠和生产次数有无流产，早产，难产，死产，手术产。有无产褥热，流血过多以及其他并发症。采取何种计划生育措施。

8、家族史：应记录父母，兄弟，姐妹及子女的健康情况（如需要可记录到其前辈如祖父母，外祖父母等），如已死亡，则记明其死亡年令死因和时间。家族中有无传染病、遗传性疾病，如高血压、冠心病、糖尿病、精神病、梅毒、结核、血液病、变应性疾病以及癌症等等。

体格检查：

一般情况：体温，呼吸、脉搏、血压、身高、体重，发育（良好、中等、不佳），营养（良好、中等、不佳、消瘦、肥胖），体位（1自动、2被动、3强迫①仰卧位②俯卧位③侧卧位④“猎犬”位⑤强迫坐位⑥立位⑦变换体位等等），步态（慌张步态，共济失调性步态等等）、面容和表情（安静，痛苦，无欲，忧虑，恐惧，闭目呻吟，急性病容，慢性病容，二尖瓣面容，希氏面容等）、语言（流利、迟纯、失语）、意识精神状态（清楚，兴奋，抑郁，异常行为，意识模糊，木僵，迷睡，昏迷等），查体是否合作。

皮肤，粘膜：颜色（潮红、发绀、黄染、苍白、色素沉着等）皮肤弹性、温度、出汗、皮疹、淤斑，瘢痕及纹、溃疡，蜘蛛痣，出血及充血点，皮肤脱屑，结节、水肿，毛发分布，皮下脂肪等等。

淋巴结：全身或局部浅表淋巴结肿大否？肿大者应描述其部位、大小、硬度、数目，压痛，移动性，瘰管，疤痕等）。

头部及其器官：

头颅：大小，形状、压痛、肿块，结节。小儿的囟门的大小，凹陷，隆起等。

头皮：清洁情况，瘢痕，头发（量，润泽，色及分布）。

眼：眉毛（脱落否），睫毛（倒睫否），眼睑（下垂，外翻，内翻，水肿，运动），眼球（运动、凸出、凹陷，震颤，斜视等）。睑结膜（充血，滤泡，颗粒，疤痕）。球结膜：（有否充血）。巩膜（颜色）。角膜（透明、混浊，溃疡，云翳，有无翼状胬肉，反射）。瞳孔（大小，两侧均等，对光反射，调节反应），视野及眼底。视力在必要时检查。

耳：耳廓（有无痛风石，畸形）。听力，分泌物乳突压痛等。耳道及鼓膜状况在必要时检查。

鼻：有否畸形及鼻翼煽动，通气情况，分泌物，出血，鼻甲，付鼻窦压痛等。

口腔：有无张口呼吸，呼吸气味如何？唇（颜色，疱疹，溃疡，裂隙）。齿（脱落，松动，假齿，龋齿）。齿龈（色，肿胀，溃疡，出血，髓脓，铅线）。舌（苔，质，溃疡，乳头，运动，震颤）。粘膜（颜色，疹、出血、溃疡）。

扁桃体（大小、充血、肿胀，假膜，分泌物等）。

咽：（发音，必要时做喉镜检查）。

颈部：对称，强直，触痛，异常搏动，静脉怒张，肿物，气管位置，血管杂音。甲状腺（大小，硬度，压痛，结节，震颤，杂音等）。

胸部胸廓形态：（对称，畸形），有否隆起，异常持

动，乳房的大小及肿瘤，静脉怒张，肋间隙的大小等。

肺：望诊：肋缘运动，呼吸运动两侧是否对称，（呼吸的型式，频率，节律，深度）。

触诊：胸廓弹性，压痛，语颤，摩擦感，皮下气肿，捻发感。

叩诊：叩音分布（清音，浊音，实音，空盒音）肺尖宽度（Kronig峡）。肺下界及肺下缘移动度。如有异常改变，应详细描述其部位和性质。

听诊：呼吸音（性质，强弱，如有异常详细描述，注明部位），干、湿罗音（细，中，粗），异音（击水音，胸膜摩擦音），语音传导，震荡音，皮下捻发音。

心脏：

望诊：心尖搏动，心脏搏动位置、范围，心前区隆起。

触诊：心尖搏动位置，强度（注明在第几肋间隙中线之内或外若干厘米），震颤（部位，时相），摩擦感。

叩诊：叩出心脏左右浊音界，用左右第二、三、四、五、六肋间隙离前正中线的距离（厘米）表示之。同时注明左锁骨中线至前正中线的距离（厘米）。一般可用图表示。

左锁骨中线距离前正中线 厘米。

右	肋 间	左
	II	
	III	
	IV	
	V	
	VI	

听诊：心音（强度，心音分裂，第三心音，奔马律、开瓣音， A_2 及 P_2 的强度比较）。

心率：节律（如有心律不齐，应当比较心尖及挠动脉每分钟搏动次数，详记其特点）。杂音（部位，性质，时相，强度、传导）、心包摩擦音等。

血管检查：挠动脉：节律、频率、强度，动脉壁的性质和紧张度，重脉，奇脉，水冲脉，“交”替脉，脉搏短绌等，左右两手进行比较。挠动脉，肱动脉，颞动脉有无呈蜿蜒状态或硬化。大动脉（如股、肱动脉）有无“枪击音”及杂音，毛细血管搏动等。

肤部：肤周围测量（指有肤水时）

望诊：外形，对称，平坦，膨隆，凹陷，疤痕，腹呼吸运动，腹壁静脉怒张及其血流方向，胃肠蠕动波部及其方向，疝，肤部隆起等。

触诊：腹壁肌肉紧张度（软硬）喜按、拒按、压痛，反跳痛（局部或全腹），肿块（部位，大小、形态，硬度，活动度，压痛），振水音，波动感，膀胱膨胀否，降结肠能否触及等。

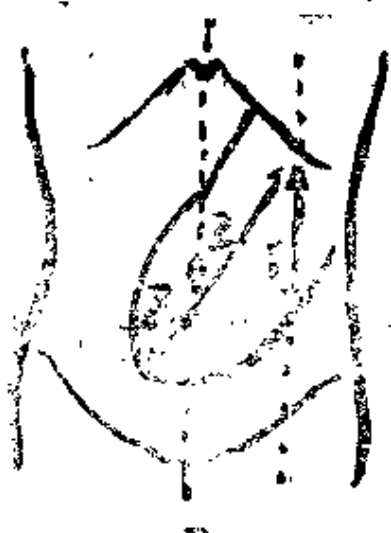
肝：能否触及。若触及，描述其下缘硬度压痛，表面光滑度以及颈回流征。肝的下缘位置以平静呼吸的吸气末为标准，右叶以右锁骨中线处肋缘至肝下缘，左叶以剑突至肝下缘，用若干厘米表示之。

胆囊：能否触及？其大小，形状，触痛等，莫非氏征。

脾脏：能否触及？其下缘位置，硬度，表面平滑度，压痛，边缘，切迹。脾的下缘可用横指记数或以脾尖至右肋缘的距离表示（平静呼吸的吸气末为准），单位用厘米。巨大脾可绘图表示。1、左锁骨中线与左肋弓交叉点与脾下缘的距离。2、此交叉点与最远脾尖端的距离。3、如脾脏超过正中线，测量脾右缘至前正中线的最大距离（如图）。

如未超过正中线则测量脾右缘至正中线的最小距离。测得的数字前者为（+），后者为（-）。

肾脏、腹部触诊能否触到？其大小，形状，硬度，活动性，压痛等。



叩诊：高度气胀鼓音，移动性浊音，肝脾浊音界，腹部肿物的叩诊音，肝区叩击痛，肾区叩击痛，膀胱等。

听诊：肠鸣音（正常，增强，减弱或消失），血管杂音等。如女患妊娠者注意胎心音。

生殖器：

男性：阴毛分布，发育，畸形，包皮（过长，狭窄），炎症，溃疡，阴囊水肿，积液，湿疹，睾丸和付睾丸的大小，硬度，压痛及隐睾，精索等。

女性：按妇科检查的内容和要求进行（检查时必须有第三者或女护士在旁协助）。

肛门，直肠：肛门裂，脱肛、痔疮、瘻管，直肠指诊或肛门镜，直肠镜检查。

脊柱：侧凸，前凸，后凸，运动，压痛，有无畸形，叩击痛等。

四肢：畸形，杵状指，静脉曲张，水肿，动作正常否，肌肉状况或肢体瘫痪，肌肉萎缩骨与关节状况（运动，脱臼，畸形，红肿，积液，强直，骨擦音等）

神经系统：皮肤划纹征。

生理反射：角膜，二头肌，三头肌，腘壁，膝、跟反射。

病理反射：Babinski（巴彬斯基）征，Karnig（克尼格）征，Oppenheim（奥本汉姆）征和Brudzinski（布鲁辛斯基）征等。必要时再作运动，感觉及其他特殊检查。

专科检查情况：记录专科检查的特殊情况。

实验室检查：