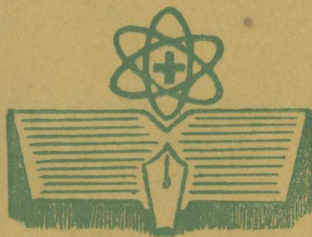
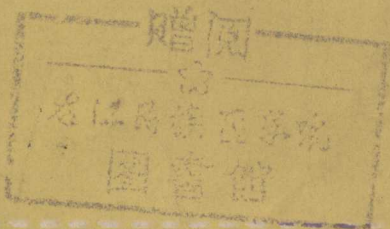


病历书写



021007



广西右江民族医学院附属医院编印

编者的话

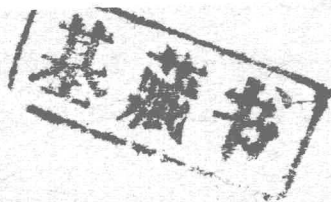
病历是病人的医疗档案；是医疗、教学、科研不可缺少的资料；是法律机关办案的重要参考依据。它具有严格的科学性与真实性、准确性、完整性及整洁性。病历书写质量也是衡量医院医疗质量和技术水平的重要标志。由此可见，提高病历书写质量是十分重要的。目前，部分住院医师、进修医师和实习医师对此尚认识不足，缺乏基本功的训练，病历书写质量不高。为此，我们编印这本病历书写，目的在于统一病历书写规格和病历书写质量检查标准，帮助我院住院医师、进修医师和实习医师提高病历书写的质量。

本书绝大部分内容是根据湖南省卫生厅医政处一九八一年元月编印的“湖南省病历书写规范”试行稿，少部分是根据桂林市卫生局编印的“桂林市病案书写规范”及广西壮族自治区卫生局医政处一九八二年四月编印的“病历书写规范及质量评定标准”讨论稿编写而成。凡取材部分，除个别地方我们作了某些修改外，其余原则上均按原书抄录，特此说明。



A0146872

0210071



目 录

病历书写的基本要求.....	(1)
完全病历的内容与要求.....	(3)
完全病历示例.....	(11)
住院记录的要求.....	(17)
住院记录的格式.....	(18)
住院记录示例.....	(18)
再次住院病历的要求.....	(21)
再次住院病历的格式.....	(22)
再次住院病历示例.....	(22)
病程记录的内容与要求.....	(24)
病程记录示例.....	(25)
会诊的要求.....	(27)
转科记录的要求与示例.....	(28)
转入记录的要求与示例.....	(29)
临床病例讨论记录的格式.....	(30)
交班记录的要求与示例.....	(30)

接班记录的要求与示例	(32)
麻醉记录要求	(33)
手术前讨论记录的要求	(34)
手术记录的要求与示例	(35)
出院记录的要求与示例	(37)
死亡记录的要求与示例	(39)
书写医嘱的要求与规定	(41)
病历的排列顺序	(43)
住院病历首页填写要求	(44)
门(急)诊病历的要求	(45)
门(急)诊病历的格式	(45)
门(急)诊病历示例	(47)
处方的规定与要求	(48)
处方示例	(50)
附录一：医疗常用的外文缩写	(51)
附录二：外科手术切口愈合的统计	(52)
附录三：病历书写质量检查	(54)

R197.323
0047

病历书写的基本要求

病历书写的重要性在于它是对疾病发生、发展的客观、全面、系统的科学记载。它不但对患者疾病的正确诊断与治疗有着现实的指导意义，而且是临床、教学、科研、预防工作必不可少的客观资料。同时，它也是衡量医疗质量的重要标志，是现代医学的法定文件，是临床医生必须掌握的一项基本技能。因此，书写病历必须采取严肃认真、实事求是的态度；并且需要付出辛勤的劳动，通过长期锻炼，才能不断提高。病历书写时必须注意下列几点基本要求：

1. 新入院病人的住院记录由住院医师书写，有实习医师或无处方权的进修医师时，除住院病历外，另应书写完全病历；均应在入院24小时内完成。急诊危重病人要求及时书写首次病程记录，待病情许可时随时完成住院病历。

2. 病史采集必须真实、完整、系统，重点突出，条理分明，术语准确，书写正规。

3. 病人的诊断或其他记录内容有更改时，应随时写入病程记录并加以说明，不得将原记录随意删改、剪贴。第一次（首次）病程记录必须包括有关诊疗计划的内容（备有诊疗计划单者需另行填写）。

4. 所有记录，一律用蓝墨水笔书写，要求字迹清楚，语句通顺，文笔简练，标点正确，卷面清洁。

5. 各种症状、体征，应用医学术语记载，不得用医学诊断名词或普通语言记载。此外，不得用症状或体征代替诊断（如肝脾肿大，腹内肿块，黄疸等）。

6. 简化字或外文缩写字母一律按国家规定或世界惯例执行，不得自行滥造。

7. 病历首页应按要求逐项完整准确填写，治疗效果（如治愈、好转等）要填写确切，病人出院后由主任医师、主治医师审查并签名。

8. 有药物过敏史者，在病历中应以红笔清楚注明在醒目处（如贴在病历牌封面或背面）；此外，另须在病历首页（或其他规定的地方）以及门诊病历中用红笔加以注明。

9. 为保证质量，病历须经上级医师审查修改补充。修改病历一律用红笔，修改后并签名以明确责任。修改过多时应重新抄写。

10. 化验单及特殊检查结果报告单应按日期顺序呈叠瓦状粘贴整齐，以便查阅。

11. 病历中所有记录每页均应有病人姓名、住院号及页序编号。检验单及特殊检查结果报告单均应清楚填写病人姓名、年龄、性别、住院号及日期。

12. 日期及时间一律应按年、月、日、时的顺序填写，如81、6、4、5、 $\frac{30}{\text{am}}$ 不得写成分数，如81、4/6，亦不得只写月、日而不写年。

13. 病人出院时，主管医师应将住院过程中诊疗概况以及随访要求记录于门诊病历中，以便门诊继续诊察。死亡病例可将门诊病历附于住院病历之后。

14. 医院所有工作人员，均应珍视病历，慎重保管，注意保密。

完全病历的内容与要求

一般资料：姓名、年龄、性别、婚姻、职业、籍贯、民族、住址、住院号、住院日期、病历写作日期、病史叙述者、病史可靠程度。

年龄以周岁计，一周以内以月计，一月以内以日计，籍贯应写明省、市及县别。职业应注明工种。急诊病人症状发生至就诊入院的时间应以小时为计算单位。

主诉：促使病人就诊的最主要症状（或体征）及持续时间。主诉多于一项时应按其发生的先后分别列出。主诉应简明扼要，能正确反映病人的主要矛盾。

现病史：围绕主诉详细地记录从起病到就诊时疾病的发生、发展及其变化的经过和诊治情况。主要包括：

1. 起病情况：何时、何地、如何起病。起病的缓急。发病的可能原因和诱因。

2. 主要症状的发生和发展情况：按主要症状发生的先后详细描述，直至入院时为止。包括症状的性质、部位、程度、持续时间、缓解或加剧的因素以及伴随症状。

对慢性病患者及旧病复发患者，应详细记录第一次发作的情况，以后过程中的变化以及最近一次发作的情况，直至入院时为止。

3. 伴随症状：注意伴随症状与主要症状相互关系及其发生时间特点和演变情况、与鉴别诊断有关的阴性症状也应记载。

4. 诊治经过：曾在何时何地就诊，诊断什么病，作过什么重要检查，经过什么治疗，效果如何，有无不良反应等，应重点扼要地加以记录。特殊药物要记明用法、剂量和时间。

5. 一般情况：简要记述患者的食欲、大小便、睡眠、体力（何时停止工作及卧床）和体重的变化。

6. 与现病史有关的病史，虽年代久远仍属现病史。如风湿性心脏瓣膜病患者的现病史，应从风湿热初发时开始。

既往史：包括患者过去的健康和疾病情况。按发病先后记载各种疾病的诱因、症状、病程、治疗经过、有无并发症或后遗症。诊断肯定者可用病名，但应加引号；诊断不肯定者则简述其症状。包括：

1. 既往一般健康状况（强健或虚弱）。

2. 急、慢性传染病史及传染病接触史。

3. 各系统疾病史。

4. 预防接种史。

5. 外伤、手术史。

6. 冶游性病史。

7. 药物过敏史和长期用药史。

个人史：包括：

1. 出生地点、迁居地点及居住时间。

2. 生活、饮食习惯。若有烟酒嗜好应注明时间和用量。

3. 职业性质、劳动条件，有无毒物接触史。

4. 有无重大精神创伤史。

月经史：记录格式为：

初潮年龄 $\frac{\text{经期日数}}{\text{间隔日数}}$ 闭经年龄。

未闭经者，记录末次月经时间，经量多少，有无痛经、月经不规则或白带等。

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、早产、手术产、死产、产褥热史及采取的计划生育措施。

家族史：父母、兄弟、姐妹、爱人和子女的健康情况。如已死亡，说明原因和时间。家族中是否有患结核病、精神病、血友病、内分泌障碍、肿瘤及类似患者之疾病者。

体格检查：

体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重。

一般情况：发育（良好、中等、不佳），神志（清楚、模糊、昏睡、谵妄、昏迷），营养（良好、中等、不佳），体位（自动、被动、强迫），步态、表情和面容（安静、淡漠、痛苦、恐惧、急性病容、慢性病容），检查是否合作。

皮肤：色泽（潮红、发绀、黄染、苍白、色素沉着等），弹性、水肿、出汗、皮疹，瘀斑、蜘蛛痣、溃疡、疤痕、毛发分布、皮下脂肪。

淋巴结：肿大者应描述其部位、大小、数目、压痛、硬度、移动度、瘰管、疤痕。

头部：

头颅：大小、形状、压痛、肿块。

眼：眉毛（脱落）、睫毛（倒睫），眼睑（下垂、水肿内、外翻），睑结膜（充血、滤泡、颗粒、疤痕）、球结

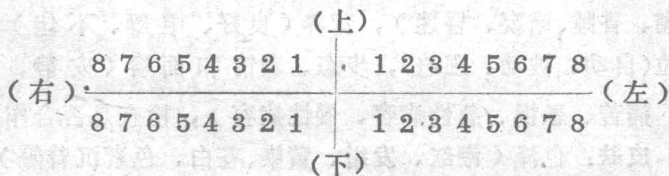
膜（充血），巩膜（黄染），角膜（混浊、溃疡、云翳、白斑），瞳孔（大小、形态、对光反应、调节反应），眼球（运动、凸出凹陷、震颤、斜视），视力、视野及眼底（必要时检查）。

耳：听力、外耳道、积液及疖肿、乳突压痛、痛风结节。

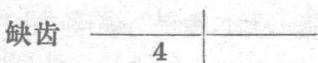
鼻：畸形、阻塞、积液、中隔偏曲、中隔穿孔、副鼻窦压痛。

口腔：气味，唾液分泌，唇（颜色、色素沉着、疱疹、溃疡、裂隙），齿（缺齿、龋齿、假齿），牙龈（发红、肿胀、齿槽溢脓，色素沉着），舌（苔、乳头、震颤、伸出方向），粘膜（斑疹、溃疡、色素沉着），扁桃体（大小、充血、分泌物），咽（充血、分泌物、肿胀），喉（发音）。

牙齿异常的记录方式：



表示左上第七齿为龋齿



表示右下第四齿为缺齿

颈部：对称、强直、颈动脉怒张、颈动脉异常搏动、气管位置：气管牵曳。甲状腺（大小、硬度、压痛、搏动、杂

音、震颤、结节感)。

胸部:

胸廓: 形态、对称、压痛、肿物、异常搏动、乳房肿瘤。

肺:

望诊 呼吸运动两侧是否对称,呼吸频率、节律和深度。

触诊 语颤、摩擦感、皮下捻发感。

叩诊 叩音分布(清音、浊音、实音、鼓音、过清音)。

肺尖宽度(Kronig氏峡)肺下界、肺下缘移动度。

听诊 呼吸音(肺泡音、支气管肺泡音、支气管音、呼吸音减弱或消失),语音(增强、减弱、消失、羊鸣音),干湿性罗音,胸膜摩擦音。

心脏:

望诊 心尖搏动的部位、范围及强度,心前区隆起。

触诊 心尖搏动的位置、范围及强度,震颤,心包摩擦感。

叩诊 心的左、右界距胸骨中线(前正中线)的厘米数:

右	肋间	左
	I	
	II	
	IV	
	V	

锁骨中线距离胸骨中线_____厘米。心脏扩大否。

听诊 心率，心律（有心律不齐时详细记述其特点）心音（强度、心音分裂、第三心音、奔马律、开瓣音、A₂和P₂的强度比较），杂音（部位、强度、性质、时相、传导）、心包摩擦音。

血管检查：

桡动脉：节律，两侧强度是否相等，动脉壁的性质和紧张度，重脉、奇脉、水冲脉、交替脉、脉搏短绌。

主动脉：异常搏动，震颤，叩诊的轮廓，听诊时音的性质，动脉瘤。

毛细血管搏动、射枪音、Duroziez氏征。

腹部：

望诊 对称，形状，膨胀、包块，腹部呼吸运动，腹壁静脉扩张及其血流方向，蠕动波、疝。

触诊 腹壁肌肉紧张度，压痛，反跳痛，肿块（部位、大小、硬度、活动度、压痛），波动感，振水音，膀胱膨胀。

肝：大小，表面光滑度，结节感，硬度，边缘及压痛。肝的下缘位置以平静呼吸的吸气末为准，右叶以右锁骨中线肋下缘至肝下缘若干厘米，左叶以前正中线剑突下至肝下缘若干厘米表示之。

脾：表面光滑度、边缘、切迹、压痛、摩擦感。脾的大小以吸气时脾的下缘至左肋缘下的垂直距离表示之，巨大脾脏绘图表示之。

肾：可否触到，活动性，脊肋部压痛

胆囊：可否触到，大小，压痛。

叩诊：高度鼓音，移动性浊音，肝浊音界，肝区叩击痛，膀胱膨胀。两肾区叩痛。

听诊：肠鸣音（增强、减弱、消失）胎心音，血管杂音。

生殖器：

男性：发育、畸形、炎症、溃疡、包皮（过长、狭窄）、阴囊（水肿、积液、湿疹）、精索、睾丸和副睾的大小、硬度、压痛、隐睾。

女性：按妇科检查的内容和要求进行。男医师检查时必须要有女护士在旁协助。

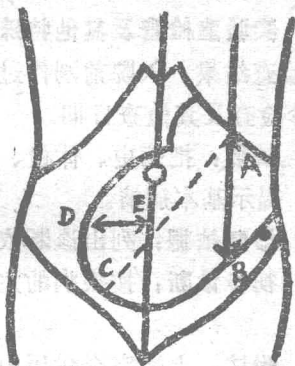
肛门及直肠：痔、脱肛、肛裂、痿。视病情需要作肛门检查，注意肛门括约肌的肌力、前列腺是否增大，有无内痔和肿瘤。

脊柱：前凸、后凸、侧凸、僵直、压痛、变形。

四肢：畸形、杵状指趾、静脉曲张、水肿、运动、震颤、肌肉萎缩、骨折、关节情况（红肿、积液、活动度、畸形、脱臼、骨摩擦音、强直）。

神经系统：二头肌、三头肌、腹壁、膝、跟腱反射。巴

脾脏大小测量



AB：沿锁骨中线自肋缘下至下缘的距离

AC：锁骨中线与肋缘交点至脾的最远端距离

DE：脾右缘至正中线的最大距离

彬斯基征、克氏征、布氏征、精神状态。

运动、感觉及其他特殊检查必要时再作。

专科情况：记录专科的特殊情况。

实验室检查及其他特殊检查：记录入院后24小时内所做的检查结果。入院前刚作过的检查可以不再重复，但应注明门诊检查及其检查日期。

摘要：把病史、体检、实验室检查的主要资料摘录并综合，提示基本病情。

诊断依据：列出诊断依据要点并作有关鉴别诊断。

初步诊断：按疾病的主次列出，与主诉有关的病列在前面。

医师签字

附注：上述完全病历中的症状、体征均供参考，应结合病人实际情况，列出阳性及有重要意义的阴性症状、体征。切忌盲目抄写罗列，烦琐罗嗦。

附：专科情况示例

外科情况

外科情况主要是用医学术语记录外科疾病的客观检查结果包括阳性体征，有关的阴性体征。

外科情况示例

(1例61岁男病人，急性粘连性肠梗阻，有兰尾穿孔手术治疗史。)

外科情况：腹胀，右下腹有陈旧的旁正中切口疤痕，约长10厘米。未见肠型或肠蠕动。肝脾扪诊不清，未扪及其他肿块，右中下腹部有轻压痛，无反跳痛及肌紧张。叩诊呈鼓音，移动性浊音(一)。肠鸣音阵阵亢进、无高音调。直肠指诊(一)，指套上无血迹。腹部透视：可见数个空气液平面。

完全病历示例

姓名 赖××

年龄 60岁

性别 男

婚姻 已婚

职业 教师

籍贯 湖南省醴陵县

民族 汉

住址 湖南省××市××钢铁厂子弟中学

住院号 14527

住院日期 1981年5月23日

病历写作日期 1981年5月23日

病历陈述者：患者本人 可靠程度：可靠

主诉：腹胀1年，左颈发现肿块11天

现病史 1980年6月开始渐感腹胀，主要位于脐区，与进食无关，并觉腹部逐渐较前丰满，以手按压时感腹壁难以下压；近半年来腹胀更加明显；近两个多月因腹胀不敢多食，每日食量由1斤米减至8两。11天前洗脸时无意发现左颈下方有一鸭蛋大小肿块，不痛，无红、肿，至入院时肿块大小无改变。6天前在某医院作肿块活检。

起病以来未作特殊治疗。病中无畏寒、发热、无咳嗽、胸痛、气促、无恶心、呕吐、腹痛，无盗汗及皮肤痒。食饮

如常，睡眠尚佳。大便每日2次，粪黄成形。小便每日白天及夜间各约3次，尿黄，微浊。体重一直维持在49—50公斤。入院前能坚持本职工作，近半年来易疲劳。

既往史 一般健康状况尚佳。幼年病史未能忆及。23岁时腹泻，每日红、白粘液便6—7次，中药治疗一月“痊愈”。1960年夏季面及四肢浮肿，未经治疗一年后水肿消退；此后至今偶有下肢及面部轻度浮肿，经休息数日后自消。1978年8月13日因感乏力3天在本单位职工医院住院1¹/₂月，出院诊断“肾盂肾炎”，当时，无畏寒、发热，无尿急、尿痛，血压“正常”。无水肿。小便每日白天3—4次，夜间3次，尿常规检查结果不详。曾注射臀部针每天一次共20多天，出院时小便次数减为每日白天2次，夜间2次。出院后不久小便次数又恢复原状，未再接受治疗。此次入我院前6天外院尿常规：黄、浑浊，蛋白(++)，红细胞(++) /高倍视野，白细胞0—4 /高倍视野。

无外伤、手术史，去年接受预防疫苗注射，否认冶游性病史。

个人史 出生醴陵县，长沙师范学校毕业后在醴陵任教，解放后在湘钢子弟中学任教至今。近20年每日吸烟10支，不嗜酒，喜辛辣食物。26岁结婚，有二子，均健。

家族史 父75岁死于水肿。母44岁死于咳血痰及消瘦。爱人1974年作右侧乳腺癌手术今健在。有一兄一弟二妹，兄幼年病死，病情不详，弟12岁死于“痢疾”，大妹患慢性病10年后50岁时死亡，小妹47岁健在。

体格检查

体温 36.℃(腋表)。脉搏 96次/分。呼吸18次/分
血压 166/88mmHg。身高155厘米。体重50公斤

一般情况 发育良好，营养中等，神志清楚，自动体位，轻病容，检查合作，步态无异常。

皮肤 弹性好，无浮肿，毛发分布无异常。

淋巴结 两侧下颌淋巴结各一个，1×0.5厘米，质较软，易滑动。左颈前下方一个3.5×3.5厘米，右锁骨上一个1×1厘米，右腋一个2×2厘米，左滑车上一个1×1厘米，左腹股沟三个、右腹股沟二个，每个约0.3×0.3厘米，质均较硬如橡皮硬度，活动差，无红、肿、压痛，无溃疡。

头部

头颅 无畸形，白头发约占 $\frac{2}{3}$ ，两侧颞浅动脉迂曲变硬，隐约可见搏动

眼 眼睑无浮肿，结膜血管清晰，巩膜不黄，瞳孔等大，对光反应存在，角膜边缘部分有白环。

耳 听力无异常，外耳无积液，乳突无压痛。

鼻 无阻塞，鼻中隔稍偏左，副鼻窦无压痛，

口腔 唇不发绀，粘膜无异常，牙齿排列不齐，有齿槽溢脓，舌有浅黄薄苔，咽不充血，扁桃体不肿大，发音无异常。

缺齿 $\frac{6}{8} \mid \frac{7.8}{7.8}$

龋齿 $\frac{\quad}{\quad} \mid \frac{\quad}{6}$

颈部 颈软，无颈静脉怒张及异常搏动，甲状腺不大，气管居中。