

病历书写

杨永珍 张祥义 王启全 主编

B
I
N
G
L
I
S
H
U
X
I
E

湖北科学技术出版社



SHUXIE

病 历 书 写

杨永珍 张祥义 王启全 主 编

湖 北 科 学 技 术 出 版 社

责任编辑：谭金崇
何传盛
封面设计：涂仰德

病 历 书 写

杨永珍 张祥义 王启全 主编

湖北科学技术出版社出版 新华书店湖北发行所发行

七二一八工厂印刷

787 × 1092毫米32开本 2印张 42,000字

1985年6月第1版 1985年6月第1次印刷

印数：1—40,000

统一书号：14304.59 定价：0.43元

目 录

第一章 病历书写的格式与要求

- 第一节 病历书写中的几个要点..... (1)
- 第二节 病历书写的要求..... (7)
- 第三节 入院完整病历的格式及内容要求..... (8)

第二章 住院病历的书写内容与方法

- 第一节 入院病历..... (17)
- 第二节 入院记录..... (24)
- 第三节 病程记录..... (36)
- 第四节 转科记录..... (37)
- 第五节 转入记录..... (38)
- 第六节 交班记录..... (40)
- 第七节 接班记录..... (42)
- 第八节 术前小结..... (43)
- 第九节 手术记录..... (46)
- 第十节 手术后病程记录..... (48)
- 第十一节 阶段小结..... (48)
- 第十二节 死亡记录..... (49)
- 第十三节 死亡病例讨论记录..... (50)
- 第十四节 出院小结..... (51)

第三章 门诊及其他病历的书写内容与方法

- 第一节 门诊病历示例..... (53)
- 第二节 急诊记录..... (54)
- 第三节 中医病历书写示例..... (55)
- 附录..... (60)

产前检查记录

第一章 病历书写的格式与要求

第一节 病历书写中的几个要点

病历是医院临床工作中的重要医疗文件，它是诊断和治疗疾病的主要依据，也是估计预后的重要材料。通过病历的积累，可以总结医疗实践的经验，为临床、教学、科学研究服务，以提高医疗水平。病历也是病人在某个时期内的健康状况的记载，当再次患病时，原病历往往有重要参考价值；同时还可以提供行政部门参考，作为病休、合理安排工作、评残等的依据。另外，病历的质量还能反映该院的医疗素质和科学技术水平。由此可见，书写病历在临床、教学和科研中有极大的重要性，每一位临床医师必须以极端负责的精神和实事求是的态度，对病历进行书写。

一、书写病历的基本要求

(1) 态度要严肃认真，客观如实地反映病情，切忌主观片面，自以为是。

(2) 要内容完整，条理清楚，重点突出，避免繁琐。

(3) 要熟悉常见症状和体征的临床意义和各种疾病的诊断要点。如不同疾病的特殊热型及其可能伴随的临床表现。

(4) 将收集所得资料进行归纳、整理，去粗取精，去伪

存真，然后抓住主要矛盾，区别现象和本质、局部和整体、个性和共性的关系。

(5) 文笔要通顺、精练，标点符号要准确，字迹要清楚，不得随意涂改，记录结尾要签全名，不能潦草。

(6) 病历摘要的书写，要有概括性，系统性，能确切地反映病人的病情特点，要做到无重要遗漏或差错，要能达到作为初步诊断的依据。

二、病历的内容

病历包括病史，体格检查，必要的检验和检查，并将收集所得的资料加以综合、分析、推理、判断后，作出初步诊断。也包括病人入院后的病情变化、治疗效果、各级医生及会诊医生的诊断意见等记录。

随着诊断技术的日新月异，不少病人甚至有些医务人员本身也产生了一种盲目依赖特殊仪器及实验室检查的错误倾向，而忽视病情的发生发展及全面的体格检查，致使本来显而易见的问题复杂化，造成不必要的人力、物力和财力上的浪费，甚至增加病人的痛苦。其实，在疾病早期，往往体征不明显，实验室检查的结果也未明显形成；有些疾病始终没有特征性的实验室检查的改变。所以，我们一定要认识到，详细询问病史，周密而细致的临床体检，是诊断疾病的最基本最重要的过程。

病史

(1) 医生要怀着对病人的深厚感情，高度的同情心和责任感，对病人体贴耐心，态度和蔼，语言通俗，使病人产生对医生的信赖，能无保留地叙述有关病情。医生要善于与各

阶层的人士建立融洽的关系，因为每一个人的成长发育，是在复杂的社会环境中，都会形成各自的人格、个性与文化水平，作为医生都要能相应对待。有的病人所述症状不突出，抓不住重点，则更要详细询问，善于诱导，以明确其就诊的主要原因。

1) 一般项目：包括姓名，年龄，性别，婚姻，籍贯，种族，职业等，每项对诊断都有其特定的意义。如成年已婚妇女，自有其常见病、多发病（如妊娠呕吐、泌尿系感染等）；籍贯、职业又关系到地方病、职业病，如浙江人喜食酒泡生螃蟹（又名石蟹），可能患肺吸虫，广东人喜食鱼生粥，有感染华支睾吸虫病的可能；坑道作业的工人患慢性咳嗽，不仅要考虑慢性支气管炎、肺结核，还要注意排除矽肺。

2) 主诉：主诉是病人就诊的主要症状和体征及其经过的时间。文字要求简明扼要，具有高度的概括性，要与现病史、体检、初步诊断相应，最多叙述1~3种病状或体征，不能过多。例如，腹泻、腹痛一天。低热咳嗽三个月，咯血二小时。活动后心悸气喘五年，下肢浮肿一周。同时，不能用诊断名称或检查结果来写主诉。例如，冠心病三年。左下肢静脉曲张三年伴下肢溃疡一月。肝功能异常二个月。

3) 现病史：现病史是这次发病至就诊时疾病的发生、发展及其变化、处理的全过程。主要包括起病情况（时间、环境、缓急以及可能的诱因），主要临床特点，病情的发展及演变，伴随的症状及其诊治经过。同时，必须记录发病以后的一般情况，如精神状态，饮食睡眠，大小便情况，以供诊断治疗时参考。例如，一腹痛患者，必须询问其发病的诱因，急起或缓起，与饮食的关系，阵发性或是持续性，进

行性加重或间歇发作，疼痛的性质是绞痛、胀痛或隐痛，其他伴随症状如恶心呕吐、腹泻便秘的有无，经过什么治疗，治疗效果如何等等，均应详细记载。不仅要记载阳性症状，也要记载必要的阴性症状，以资鉴别诊断时参考。

4) 既往史：它是了解过去的健康状况及患过的疾病，与本次发病有关的更要详细地询问，不仅要问病名，还要了解当时的主要症状及治疗经过，写诊断名称时要加“ ”。低年资医生为防止遗漏，可按各系统进行询问。预防接种史要问清接种的种类及接种日期，由此可以排除一些疾病或对某些免疫血清检查结果作出正确估价。此外，还有食品、药物过敏史及外伤、手术史。

5) 个人史：包括病人的出生地点，到过哪些地方，这与地方病、传染病、流行病有无关系。如东海舰队某部坐船来武汉执行任务，途经芜湖，因有人落水，多名战士下水营救，其中个别战士，在来汉半个多月后陆续发生高热、嗜酸性白细胞增高，当时并无腹泻，后来确诊为急性血吸虫病。这个下水史对诊断疾病就有重要的参考价值。个人史还要询问病人的生活习惯，烟酒嗜好及其量，特殊工作性质，劳动条件和防护情况。婚姻史包括爱人的健康情况，女性不可遗漏月经、生育史。

6) 家族史：包括病人的父母、兄弟、姐妹及子女的健康情况，特别是与遗传有关的疾病，如精神病、血友病、糖尿病等，要了解家庭成员生来就具有的疾病，是取决于基因的各种潜在的可能性，其意义就在此。

(2) 入院记录应注明本次住院的次数，如“第三次入院记录”，既往史、个人史可以从略，如有新情况应加以补

充。如为旧病复发需记录上次病历摘要及出院后至本次入院前的病情及治疗过程。

体格检查

给病人作体格检查，一定要从实习医生开始起就养成按常规程序全面体检的良好习惯，切勿遗漏阳性或主要阴性体征，因为有时问题正好发生在自己某一点的疏忽上，如未查淋巴结，有的病人正好是淋巴结疾病患者。又如未看口腔粘膜又正好是麻疹早期，这样就容易造成误诊。因此，要特别着重在“全”字上下功夫。胸腹部均要进行视、触、叩、听检查，并做好记录，用语要确切，应根据客观实际检查，而不是根据主观判断来书写，如不应写“未闻病理性杂音”，而应写听到心脏什么心音就记什么心音，是病理性的或生理性的，还有待患者的整个病情检查综合判断而定。又如，不应写“肝脾不大”，应写肝脾肋缘下未触及；不应写“未引出病理反射”，应记载所查病理反射名称，并分别记录病理反射检查的结果。

住院病历（大病历）要写病历小结，将病史、体格检查及其他检查的主要资料摘要综合，能反映病情特点，能提示诊断依据，通过病历摘要能了解基本病情。

初步诊断

按主、次列举诊断或可能诊断的病名全称，不可写不恰当的简称，如“风心”、“甲亢”，应写为“风湿性心脏病”、“甲状腺机能亢进症”。当疾病确诊后，应在初步诊断、签名下一行的左侧写“最后诊断”，按主次列1，2，……，并分别记录确诊日期，签名要清晰易认。

疑难危重病例

对疑难危重病例要写明诊断及抢救治疗计划。

病程记录

主要记录病人入院后的病情变化，具体内容如下：

(1) 病人自觉症状和体征的动态变化，饮食睡眠情况，有无并发症，以及思想情绪变化等。

(2) 根据检查所得，进行病情分析，对今后的诊断及治疗提出个人意见。

(3) 本科各级医生对诊断及治疗的意见，会诊医生的建议及执行情况。

(4) 治疗的反应和效果。

(5) 更改诊断时应详细记录更改依据。

(6) 对住院较长时间的病人，应每月写一次阶段小结。

转科记录

转科记录包括诊断、病历小结、转科理由及目前的治疗情况。转入记录包括转科前的病情，转科理由，以及转来本科时问诊及体格检查的情况。

出院记录

出院记录是病人住院期间的小结，供随访随诊时的参考。内容包括：出、入院日期，入院时病情，治疗经过，出院时病情，最后诊断，出院后注意事项（关于休息、饮食、治疗及复诊时间等建议）。

死亡记录

在治疗、抢救病人时不幸死亡，应当立即书写死亡记录。其内容包括病历摘要，住院治疗情况，抢救经过，死亡时间，死亡原因，最后诊断。

近几年来，在病历书写中常见的问题有：主诉、现病

史、体检与诊断不能相呼应；现病史过于简单，不能使阅读者对病人的病情有一个明确的概念；病史书写废话多，重点不突出，遗漏重要的阳性或阴性症状或体征；病程记录如记流水账，病情分析少，更改治疗的理由未作记录；阶段小结不及时；特殊检查的适应症掌握不严，甚至造成有关科室不必要的忙乱。

客观上由于文化大革命的影响，医院规章制度受到一定破坏，青年医生严格训练不够，表达能力较差，文字不简练，字迹潦草，字体难认，错别字多，用語不当，随意造字、造词，再加上粗心大意的漏字，以及标点符号不正确，或中英文混写，如胃Ca、肝Ca、皮R、红C等，这都应该通过不断努力学习，加以克服和改正的。

在当今世界科学技术突飞猛进的时代，要求我们临床工作者扎扎实实地做好基础医疗工作，并努力学习，不断提高，为祖国的四化建设贡献力量，为广大人民群众的健康服务。

第二节 病历书写的要求

(1) 医生要以严肃认真和对病人负责的精神，本着实事求是的态度，书写好病历。

(2) 病历书写根据入院病历项目，逐一询问病人或家属，经分析综合以及检查病人所发现的体征，如实地写入病历，可供初步诊断的依据。

(3) 当收容大批病人时，由科主任指定人员，在规定时间内完成病历。急重病人入院后应立即抢救，病历可以后补写，但抢救记录应及时记载，以作备用。

(4) 医学院校毕业不满五年的住院医师，每年应写4~5份完整病历；轮转医师每到一个科室要写三份入院病历；实习医师一律写入院病历；进修医生要写五份专科入院病历。

(5) 译名以“英汉医学词典”为准，尚无妥善译名，可用外文原名，药名可用中文或拉丁文，不得写化学分子式（如NaCl），不得中、外文混写（如肝Ca）。

(6) 简化字以一九六四年文字改革出版社出版的《简化字总表》（第二版）为准，其他的均不采用，更不能杜撰怪字。

(7) 度量衡名称，按国务院规定，“逐步采取国际制”及有关“改革中医处方用药计量单位”的要求，并采用通用符号。

(8) 病历书写文笔要通顺、精练，标点符号正确，字迹清楚，不得涂改。每段起头要横低两个字。病程记录写完，如本行文字未超出病历纸中线，签字写全名应在本行尾部，超出中线后可写在下一行尾部。

第三节 入院完整病历的 格式及内容要求

一般项目

姓名：

职业：

性别：

住址：

年龄：

入院日期：

婚否：

病史采集日期：

籍贯：

病史记录日期：

民族：

病情陈述者及可靠程度：

病史

1. 主诉：患者入院的主要症状和体征（一般不多于三种）及时间的关系，（短者可以小时计）。主诉较复杂时，应按发病的先后次序简明扼要地列出。不能用诊断、检验及检查结果来代替症状。

2. 现病史：

（1）将症状和体征按时间先后准确记载发病日期，地点，前驱症状，发病缓急，发病诱因，每一重要症状发生的时间，及其发展变化的过程。与鉴别诊断有关的阴性症状和体征亦需记载。

（2）在描述症状时，应围绕重点症状并力求系统，如描写疼痛应阐明部位，时间，频度，性质，程度，与其他有关因素，以及治疗作用等。

（3）按系统询问伴随的症状和体征及其变化，以免遗漏。

（4）过去的检查及治疗情况。

（5）对意外事件如自杀或被杀等经过与病情有关的事宜，应如实记载，不得加以主观评论或猜测。

（6）中医病历按中医要求询问有关病史（参见中医常规）。

（7）与本科疾病无关的其他科重要伤病未愈仍需诊治的，应另段叙述。

3. 过去史：

（1）一般健康状况：强壮或虚弱等素质情况。

（2）急性传染病病史：按时间先后顺序记载其疾病的发生时间、治疗结果、有无并发症，如无传染病史，亦需将与目前病情有关而未发生的传染病记载于此项中，以备参考。

(3) 曾否预防接种，其预防疾病的种类及最近一次接种的日期。

(4) 有关的其他系统疾病史、外伤史、手术史及药物过敏史等。

4. 个人史：

(1) 出生地及经历地（特别注意自然疫源性疾病的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（其中包括入伍时间、职务、兵种），有无毒物、化学物品、放射性物质、传染病患者等接触史。

(4) 月经史，自月经初潮到现在的情况，每次经期相隔天数，每次持续时间，闭经年龄，可用下列的简单方式表示：

“初潮年龄 $\frac{\text{每次行经日期}}{\text{月经周期}}$ 闭经年龄”，例如 $16 \frac{3-4}{30-32} 48$

并注明月经来潮时有无疼痛，每次月经量，色泽及其他性质，末次月经日期。

(5) 婚姻状况及生育史：何时结婚，配偶健康情况，如已死亡，注明死亡原因及时间。生育正常否？有无早产或流产、节育、绝育史。子女年龄及健康情况，有无死亡及死亡原因。

(6) 精神状态：性格类型及有无重大的精神创伤史。

5. 家族史：

(1) 父、母、兄、弟、姐、妹及子女的健康状况。如已死亡，记明死亡原因。

(2) 疑有遗传因素及生活接触因素的疾患时，应询明

家族中是否有相似患者。

(3) 多次入院患者必须写明第二、第三……次入院记录，过去史，个人史及家族史等，如无特殊则可以从简。

体格检查

1. 一般情况：体温，脉搏，呼吸，血压，发育（正常、异常、欠佳），营养（良好，中等，不良），面容与表情（安静，焦虑，痛苦，急、慢性病容），神志（清晰，嗜睡，半昏迷，昏迷）及言语状态，体位（自动、被动、强迫体位）、辗转反侧，检查时能否与医生合作等。

2. 皮肤：色泽（正常、潮红、发绀、黄疸、苍白），弹性，有无水肿，出汗，皮疹，色素沉积，蜘蛛痣，瘢痕，创伤，溃疡，结节，体毛分布，并明确记述其部位、大小、形态及程度等。

3. 淋巴结：全身或局部浅表淋巴结有无肿大，应注明部位（颌下、耳后、颈部、锁骨上、腋部、肘部及腹股沟部和腠窝部等），大小，数目，硬度，有无压痛及粘连，局部皮肤有无发红发热、瘰疬或疤痕。

4. 头部：

(1) 头颅：大小、形态、压痛、毛发量、色泽分布、有无疖、癣、肿块、外伤疤痕。

(2) 眼：眼裂大小，眉毛脱落，睫毛倒睫，眼睑（水肿、下垂），眼球（运动、凸出、凹陷、震颤、斜视），结膜（充血、水肿、苍白、出血、滤泡），角膜（混浊、疤痕），巩膜黄染，瞳孔（大小、形态，两侧是否对称，对光反应、调节反应、视力）。

(3) 耳：耳廓有无畸形，外耳道有无分泌物，乳突有

无压痛，听力如何？

(4) 鼻：鼻翼有无扇动，有否畸形，鼻道有无阻塞，分泌物的量及色，鼻中隔有无穿孔，嗅觉有无障碍，副鼻窦有无压痛，出血。

(5) 口腔：气味，口唇（色泽，有无疱疹，微血管搏动，溃疡，口角皸裂），牙齿（有无龋齿，松动，缺损，镶补，牙龈有无溢血，溢脓，残根，色素沉着），舌（形态、舌苔、舌质，伸舌时有无偏位及震颤），口腔粘膜（有无出疹、出血、溃疡、假膜或色素沉着），扁桃体（大小、分泌物），咽部（有无充血，色泽、分泌物，反射），软腭运动情况，悬雍垂是否居中，口角有无歪斜、抽动、喉（发音）。

5. 颈部：是否对称、强直，有无压痛、颈动脉异常搏动、静脉怒张、肿块、气管正中否。甲状腺（大小，硬度，有无结节、震颤、压痛，杂音等）。

6. 胸部：胸廓（是否对称，肋间饱满或凹陷，运动程度，肋弓角大小，弹性，压痛），胸壁有无肿块或血管扩张，乳房情况（大小，有无红肿、压痛、肿块等），呼吸（频率、节律、深度），异常搏动，静脉曲张。

(1) 肺：

① 视诊：呼吸类型，快慢，深浅，两侧呼吸运动对称否，肋间隙增宽或变窄。

② 触诊：语音震颤是否相等，有无胸膜摩擦感，皮下捻发感。

③ 叩诊：叩诊反响（正常，过清音，浊音，实音，鼓音），肺下界及呼吸移动度。

④ 听诊：注意呼吸音质（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,有无胸膜摩擦音、哮鸣音、干性罗音与湿性罗音。

(2) 心脏:

①视诊:心尖搏动的位置、范围、强度,心前区有无异常搏动及膨隆。

②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,其出现的部位、时间和强度。

③叩诊:左右心界线以每肋间距离胸骨中线的厘米数记载(或绘图表示),心左界如超出锁骨中线,则应以厘米数记载超出的距离。

④听诊:心率、心律,如节律不整,应同时数心率及脉搏,各瓣膜区心音的性质,有无心音分裂及第三、第四心音,比较主动脉瓣与肺动脉瓣第二音的强弱。有无杂音,应注意杂音发生期间、强度、性质、何处最响、向何处传导等。有无心包摩擦音。

(3) 血管:桡动脉脉搏频率(快、慢)、节律(规则,不规则,脉搏短拙);大、小、浮、沉、弦、滑,奇脉、水冲脉、左右桡动脉脉搏的比较。动脉壁的性质以及血管紧张度。周围血管征:毛细血管搏动征,枪击音,异常动脉搏动等。

7. 腹部:腹围有腹水时要测量。

(1) 视诊:呼吸运动情况,腹壁是否对称,有无瘢痕、皮疹、静脉怒张及血流方向,有无凹陷、膨隆、蠕动波或局限性隆起,脐部情况。疝及腰部隆起。

(2) 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,其部位、大