

病历书写格式与要求

重庆医学院第一医院编

前 言

病历是医院重要的科学资料之一。病历质量的高低，直接或间接地反映出医疗的质量，教学质量和医务人员的业务水平。科学而完整的病历记录，是医疗、教学和科研的可靠依据。正确而及时地写好病历是医生应尽的职责，也是医生应有的基本功。为此各级医务人员必须按照正规要求书写病历，并严肃认真地填写各项记录单。

随着卫生事业的发展，医护人员源源不断地增加，他们迫切需要这方面的知识。多年来由于对书写病历要求不严，没有一定的规范和格式，严重地影响了病历资料的完整性、系统性和科学性。编写《病历书写格式与要求》就是为临床实习医生、住院医生、护士等医护人员提供一些学习参考资料，从而改进与提高病历书写的质量。

由于我们经验有限，水平不高，时间仓促，这本小册子中难免有缺点与错误，我们诚挚地希望批评与指正。

一九七九年十一月

目 录

一、书写病历注意事项	(1)
二、住院病历首页书写要求	(1)
三、体温单的填写	(2)
四、医嘱单填写要求	(4)
五、护理记录单	(5)
六、住院病历书写及内容要求	(5)
七、入院录	(14)
八、再度或三度以上入院录	(15)
九、病程录(首次病程录,日常病程录)	(16)
十、会诊记录	(17)
十一、应邀会诊的记录	(18)
十二、转科小结	(18)
十三、转科录	(18)
十四、交班小结	(19)
十五、接班小结	(19)
十六、术前小结	(20)
十七、术后病程录	(20)
十八、死亡记录	(21)
十九、手术记录	(21)

二十、出院录	(22)
廿一、病历排列次序要求	(23)
廿二、出院后病历排列次序要求	(24)
廿三、病历示范	(25)
内科全病历示范	(25)
内科再度住院病历示范	(31)
普外科病历示范	(35)
精神科病例示范	(38)
妇产科病例示范	(45)
眼科病例示范	(49)
耳鼻喉科病例示范	(53)
廿四、各种记录示范	(56)
首次病程录示范	(56)
日常病程录示范	(56)
申请会诊记录示范	(58)
会诊记录示范	(59)
手术后病程录示范	(59)
手术记录示范	(60)
转科小结示范	(61)
转科录示范	(62)
出院录示范	(63)
廿五、附临床检验的标本留取法和临床意义	(64)
廿六、附临床检验正常参考值	(83)

一 书写病历注意事项

1、病历记录力求准确、完整、系统、及时。用字必须简要，做到重点突出，文句通顺，字迹端正。避免含义不清和错别字。书写要用蓝墨水，以便长久保存。不得涂改补贴，更忌剪切裁改。

2、疾病诊断和手术的名词，依照“疾病和手术名称分类”书写，以便统计分析。所用译名以人民卫生出版社出版的《英汉医学词汇》为准。疾病名称或个别名词尚无妥善译名者，可用拉丁文或英文原名，病历中的药名一律用中文或英文，拉丁文，不得使用药物的化学分子式或不正规的缩写。

3、凡病历及各种记录单内的项目。均应填写完整，包括患者姓名、性别、年龄、住院号。应记实际年岁，不可简写为“成人”或“小儿”。填写各项记录单、报告单者必须签署全名，不得潦草乱涂。

二 住院病历首页书写要求

1、凡病历首页内的各项内容必须逐项填写，要求字迹清楚、整洁、准确、完整。

2、诊断索引以出院时的诊断为准，主要诊断，次要诊

断，依次逐条填写。

3、索引号应写在诊断或手术名称之前，并发病按主次先后排列。

4、如下级医师对诊断有困难时，应请示主治医师后再填写，以避免涂改。

5、病历首页应由主管病床的低年医生填写，上级医师必须审查签名。

6、病历首页应于病人出院后24小时内填写完毕，由负责办公室的护士登记好住院号及姓名，待病案室签收。

三 体温单的填写

一份完整的体温单，应能反映病人的病情及治疗情况，必须认真按规格填写，要求字迹清楚，整齐，除应填写体温单上规定的项目外，还应包括下列内容：

1、入院或转科日期，时间，青、链霉素皮试结果，输血，特殊治疗或药物的启用及终止时日，胸穿，骨穿，肝穿，静脉切开等。气管切开，拆线，出院，死亡等项目用兰色钢笔竖写于当天的日、时格内，由体温单的上端第三小格写起。

2、体温，脉搏，呼吸：

口温以“●”表示。

物理降温以虚线表示如：

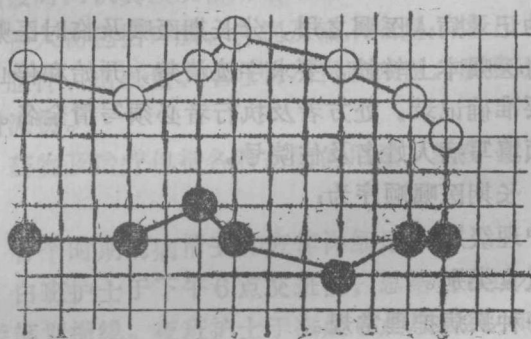
腋温以“×”表示。

肛温以“●_R”表示。

脉搏以“●”表示。 注：红色园点

呼吸以“○”表示。

脉搏短绌者心搏以红圈表示，脉搏仍以红点表示。两者空隙间涂成浅兰颜色，以资醒目（如图）：



注：园点园圈及连线用红色，中间涂浅兰色

脉搏以红线相连，体温及呼吸以兰线相连。分别构成体温及呼吸曲线。

3、开始用抗菌素以↑表示，停用抗菌素以↓表示，于体温36℃横线下起笔竖写于相应的日、时，格内。

4、体温不升，请假、外出等于体温35℃横线下起笔竖写。

5、手术、产后，次日为第一天，以此连续填写14天。14天内又作第二次手术者，于斜线“/”之上写第二次手术后日数，斜线之下写第一次手术后日数。

6、新病人入院应立即测T、P、R一次，入院后每日测T、P、R三次，连续三天，不发烧者改为每日下午4—8时测一次；体温 37°C 以上者继续每日测三次。

7、大便次数过多而无法记数者以※表示。灌肠后大便次数以次数/E表示。

四 医 嘱 单

专为记录病人医嘱之用，分长期医嘱及临时医嘱二种，由护士自医嘱本上转抄。要求字迹清楚，开始和停止的日期及时间要准确记录，处方者及执行者必须写清全名。每页医嘱单必须填写病人姓名及住院号。

1、长期医嘱顺序为：

①护理级别。

②饮食类别。

③各种疾病护理常规。

④药物及其他治疗：药物（或其它治疗）名称、剂量、用药途径（口服者可省略），每日次数及时间，水剂应在药名前注明浓度。

2、手术后医嘱，重整医嘱，转科医嘱，应标记两道红线
如图：手术后医嘱

3、长期医嘱单应定期整理，将继续有效的医嘱抄至红

线以下，起始日期仍填原医嘱的开始日期。

4、凡P、r、n的医嘱应抄入长期医嘱栏内，每执行一次在临时医嘱栏内记录一次，并注明日期和时间。

5、临时医嘱除药物外，亦包括各种辅助检查，如：胸部透视，各种穿刺、心电图、同位素、抽血作肝功、肾功等，记录人员必须签名。

五 护理记录单

需用护理记录单者多为重危或其它特殊需要的病人，记录者必须按时间认真按规格用钢笔填写。

1、摄入物包括口服、鼻饲及输入液量；排出物包括尿、粪、胆汁、出血量、呕吐物及胃肠减压、胸腔引流等排泄物及引流物。

2、药物及治疗包括各种药物的用量，给药途径及时间。

3、各个时期的病情变化应作详细记录。

4、白班护士于下午6点交班前，总结当日12小时出入量。以兰笔划横线。夜班护士于次晨6点总结24小时出入总量，数字上下划以红横线，并将总出入量登记于体温单的入量及出量小格内。

六 住院病历书写及内容要求

由实习医生或新来院的进修医生书写，除重危或抢救病

人应及时完成外，一般应在次日晨查房前完成。书写病历必须严肃认真，客观真实，重点突出，主次分明，简洁通顺，字迹清楚，避免涂改，避免错别字，不用自创简体字，不用圆珠笔，每一页均应填写姓名和住院号。

住院病历应包括一般项目，主诉、现病史，流行病史，过去史，个人史，家族史，体格检查，本科情况，实验室检查，病史小结或摘要，分析讨论，诊疗计划，诊断，记录医师的完整签名。

住院病历首页《一般项目》必须认真填写，不得漏写、错写，以免病员出院后无从补救。特规定下列项目，以资遵守：

住 院 病 历

姓名	民族
性别	婚姻
年龄	入院日期
籍贯	采史日期
职业	供史者
住址	

主诉：病人就医主要症状及其病期。

现病史：为病人现在所患疾病的发生发展过程，可分阶段叙述，包括发病日期及时间。引起的诱因，起病的缓急，伴随的症状及其消失、减轻、加重的过程。对重要症状须详加描述，（如疼痛应记录其发生部位，时间，性质，程度，放射部位及缓解方式等）。患病过程中曾接受何种检查及治疗，疗效如何？目前情况。患病以来的体力、饮食、睡眠、体重、大小便及其他系统的异常情况，亦应询问记录。

目前还患有未愈的其它疾病（伴发症状），可简述于主要疾病之后，另列一段。

过去史：

1、过去一般健康情况，是否多病体弱，劳动力如何。

2、传染病或寄生虫感染史，应按患病之先后，诊治经过逐一记录。有时须询问若干传染病症状（如长期发热、出疹、便脓血及粘液等），并加以记录。

3、预防接种及传染病接触史：记录预防接种的时间？反应症状，曾否与可疑的传染病或结核病有过接触等。

4、过敏史：如“发风丹”（荨麻疹）、“哮喘”、对药物过敏等。

5、外伤及手术史：记录发生时间、治疗经过及其后果等。

6、系统回顾：按下列各系统询问并记录有或无该类疾病。如有阳性发现，应详述其发生时间，症状，治疗经过等。凡病人自述的病名应在病名上加引号如“摆子”、“火巴眼”……等。

①头及五官：包括视力、听力、鼻道通畅与否，牙及咽喉的情况。

②呼吸系统：慢性咳嗽、咯血、吐痰、胸痛等。

③循环系统：心累、心悸、心前区痛、气促，发绀、水肿等。

④消化系统：吞咽困难、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、便秘、黄疸、黑便等。

⑤泌尿生殖系统：肾区痛、尿频、尿急、尿痛、尿量异常等。女病人白带的量、色、臭、阴道流液等。

⑥造血系统：有无出血倾向如紫癜、牙龈出血等。

⑦内分泌系统：有无内分泌疾病之症状如：过度肥胖，发育畸形，食欲亢进等。

⑧神经系统：有无抽搐、昏迷、失眠、记忆力减退等。

个人史：包括以下内容：

①出身居住史：在各地居住停留时间，在疫区的生活情况等。

②生活习惯史：包括个人烟酒嗜好，家庭环境，居住条件，经济情况。

③劳动和职业史：参加工作的时间，职业的性质，工作年限，曾否改换职业等。

④婚姻史：结婚年龄，爱人健康情况。如属病故，应记录其死亡原因及时间。视具体情况询问有无冶游史。

⑤月经及生育史：询问女病人的月经及生育史，初潮年龄，每次月经持续日数，每次月经周期日数，绝经期的年龄，可用一简单的公式表示如： $14\frac{4-5}{28}48$ ，月经量及颜色，

有无痛经，白带等，妊娠次数，生产次数，若非顺产则需记录其分娩情况，有无流产、早产、手术产、产褥热等。

家族史：记录病人直系亲属如父母、兄弟、姊妹及子女的年龄及健康情况，（视情况追问其前辈的健康情况）。如已病故，记录其死因及时间，注意家庭成员中有无可能影响后代的疾病，遗传性疾病或传染性疾病（如结核、癌肿、血液病、糖尿病、高血压病、精神病等）。

体 格 检 查

1、一般情况:

①体温、脉搏、呼吸、血压。

②发育、营养、体位、面容、表情、意识、状态，是否合作。

③皮肤：颜色、浮肿、皮肤弹性、温度、有否苍白、潮红、青紫、黄疸、色素沉着及分布、皮疹、脱屑、皮肤粗糙、溃疡、瘢痕、毛发（稀疏或丛生，分布情况）指甲（脆裂，匙状指、凹凸不平）。

④浅表淋巴结：包括枕后、耳后、颌下、颈部、锁骨上、腋下、滑车上、腹股沟，腹部等处有无淋巴结肿大。描述其大小、硬度、压痛、粘连、溃烂、瘰管等。

2、头部及器官

①头颅：有无畸形、压痛、不自主运动。

②头皮：毛发分布、局部凹陷或隆起，肿块等。

③眼：①眉毛分布，②眼睑浮肿、睑裂大小（双侧对称否）③有无倒睫或睫毛外翻。④眼球（突出、下陷、斜视、震颤及眼球活动度）。⑤结合膜（苍白、充血、淤点、颗粒、疤痕）。⑥巩膜（黄疸）。⑦角膜（透明度、溃疡、瘢痕）。⑧瞳孔（大小、圆否、边缘是否整齐，双侧对称否、对光反射及集合反射、晶体透明度）。⑨视力（必要时检查）

③耳：听力，外耳道，分泌物，乳突压痛。

④鼻：鼻翼扇动、阻塞、分泌物，副鼻窦（上颌窦、额

窦)区压痛。

⑤口：张口呼吸，气味、唇(颜色、疱疹、裂隙，口角糜烂)，齿(缺齿、义齿、龋齿、残根)，其部位可以 $\frac{\text{右上}}{\text{右下}}|\frac{\text{左上}}{\text{左下}}$ 表示，如龋蚀以 $\frac{\quad}{\quad}|\frac{1.8}{\quad}$ 表示，即说明病人左上第一切齿及智齿有龋蚀，牙龈(红肿、压痛、溢脓、出血、铅线、牙垢)。舌(位置、颜色、舌苔情况、舌味蕾)。颊粘膜(溃疡、出疹、色素沉着、腺导管口)。咽(包括咽前后柱，扁桃隐窝及咽后壁充血、肿胀、渗出)。扁桃体(肿大、颜色、分泌物、滤泡。)

⑥腮腺有否肿大、压痛。喉：发音有否嘶哑。

3、颈 部：

活动度、动脉搏动、静脉怒张及搏动，气管位置、甲状腺(扪得否、大小、对称性、硬度、有无结节、震颤、杂音)。

4、胸 部：

①胸廓形状、对称性、局部塌陷或隆起，肋间形态，乳房有无肿块、发育、胸壁有无静脉曲张。

②肺：

望诊：呼吸运动节律、深度、频率、对称性、有无明显呼吸性凹陷、呼吸型式及有无呼吸困难。

触诊：压痛、语颤、胸廓弹性及抵抗度，呼吸动度及摩擦感。

叩诊：肺界(上界、下界、左右列表记录)，肺野的比较叩诊，如有异常叩诊音，应说明部位、范围，左右肺的活

动度。

听诊：呼吸音性质及强度，双侧比较，异常呼吸音的部位和范围、罗音性质、数量及分布部位。胸膜摩擦音、支气管语音、耳语音等。

③心：

望诊：心前区有否隆起，心尖搏动位置，在锁骨中线内外的距离，面积大小，有无上腹部搏动。

触诊：心尖搏动强弱、震颤（部位、与心动周期的关系），心包摩擦感。

叩诊：先注明前正中线同锁骨中线之距离，叩出心脏比较（相对）浊音界，由前正中线向各肋间左右缘测量心脏浊音界的距离（如下图），以决定心浊音界有无异常。

（锁骨中线至前正中线的距离（ ）厘米

右（厘米）	肋间	左（厘米）
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	V	

听诊：心音（性质、强弱、节律、分裂、三音律、次数/分，主动脉瓣区第二音（ A_2 ）与肺动脉瓣区第二音（ P_2 ）的比较。杂音（部位、性质、时期、强度、音调、传导与体位改变的关系，呼吸对杂音的影响）。心包摩擦音。

④血管检查:

挠动脉: 血管壁弹性、硬度、纡曲、张力、强度。

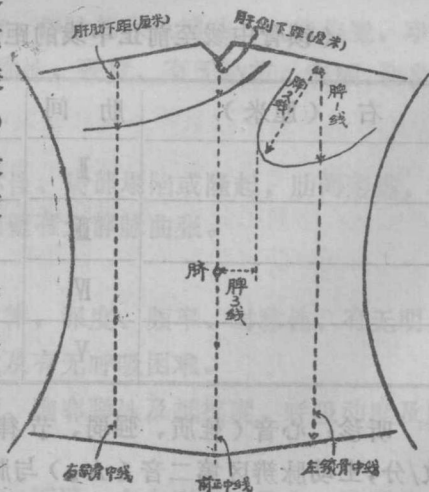
其他周围血管: 毛细血管搏动(唇、指甲)、颞动脉、肱动脉、股动脉、腘动脉、足背动脉有无硬化, 弯曲, 搏动强度, 股动脉双杂音。

5、腹 部:

望诊: 对称性, 局部隆起或凹陷, 腹壁静脉怒张, 蠕动波, 呼吸运动, 腹围测量(以脐水平为准), 腰部情况, 腹股沟有无肿块。

触诊: 腹壁张力, 压痛、反跳痛及其部位, 肝、脾大小, 硬度、边缘、表面光滑度、压痛、肾脏及肾区压痛及包块, 其它肿块(大小、形状、表面情况, 压痛、活动度)波动感及振水声。腹股沟有无肿块, 大小、硬度, 压痛等。

注: 一般肝脾肿大, 可用左右肋下厘米数表示, 如明显肿大, 需用下法测量(以厘米为单位)如图:



肝：锁骨中线肋下缘：右锁骨中线由肋下缘至肝下缘的厘米数。剑突下：正中线上，由剑突下缘到肝下缘的距离。

脾：1线：左锁骨中线上，由肋下缘至脾下缘的厘米数。2线：又叫最大线，由1线的肋缘交点至脾尖之厘米数。3线：与前正中线平行至脾右缘的距离。如未超过前正中线，以负数厘米表示，如已超过前正中线，则以正数厘米表示。

叩诊：移动性浊音，鼓音。

听诊：肠鸣音、血管杂音。

6、外生殖器：

发育情况，有无畸形、疤痕、溃疡、糜烂，尿道分泌物。双侧睾丸是否下降，有无阴束积液，压痛、精索有无肿大、结节。对女性患者有生殖系检查指征者，应由专科医生进行。

7、肛门及直肠：

痔、脱肛、肛裂、瘻，必要时作直肠指检，了解括约肌张力、有无狭窄，前列腺肿大、子宫颈情况，内痔、肿瘤等。

8、脊柱及四肢：

脊柱有无畸形，压痛、活动度，自动运动及被动活动有无障碍，关节有无变形、发红、肿大、压痛、喀嚓声、波动感、下肢有无静脉曲张，坏疽。

9、神经肌肉：

除检查四肢运动是否正常外，注意肌肉发育程度，紧张