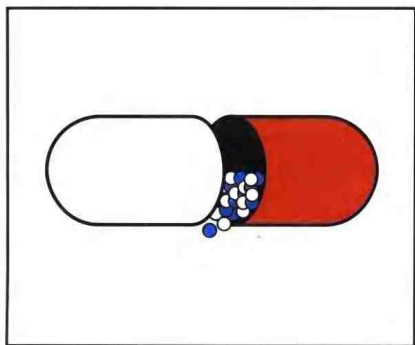




病历与处方书写规范

主编 赵玉元 傅梧 张天龄



兰州大学出版社

病历与处方书写规范

主编 赵玉元 傅椿 张天龄

兰州大学出版社出版发行

兰州市天水路308号 电话:8617155 邮编:730000

兰州大学出版社激光照排中心排版

兰州人民印刷厂印刷

开本: 787×1092 毫米 1/16 印张: 76

1998年7月第1版 1998年7月第1次印刷

字数: 1732千字 印数: 1—1050册

ISBN7-311-01388-7/R·52 定价: 98.00元

编审顾问:张令羽 冯守诚 王 颖 洪惠民

名誉主编:王世栋 汤文章 梁世章 刘克玲

主 编:赵玉元 傅 梧 张天龄

副 主编:沈国强 陈一戎 陈启武 赵国瑞 姚忠喜
杨立德 胡振寰 程雯洲 苗文彬

编 委:(以下以姓氏笔划为序)

王 颖 王世栋 邓津菊 冯守诚 宁英远 汤文章
刘克玲 陈一戎 陈启武 陈新中 陈 璞 宋仲玉
严 祥 李俊起 李明星 沈国强 杨立德 杨凤仙
杨利民 张天龄 张令羽 张宗久 张祥裕 张维新
苗文彬 林丽星 孟惠敏 赵玉元 赵国瑞 赵福德
胡振寰 洪惠民 姚忠喜 贾吾亮 姜兆凯 梁世章
梁银川 康笃伦 常守娟 程雯洲 傅 梧

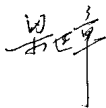
参 编:马苏美 王必舜 王永琦 王秀华 王海燕 王惠兰
王惠珍 仇志强 石 峰 白 峰 白进良 白彩霞
宁统昌 叶兰仙 孙 烈 李 静 李大中 李世雄
刘 磊 刘正国 朱 昕 朱仲德 吴 鑫 吴德厚
杨 芒 杨 伟 杨志忠 杨伟然 杨清浦 杨履端
严 祥 陈 虹 陈广迪 陈根元 陈修诚 沈明乾
余 勤 县菊英 何登瀛 苏学筠 张 钰 张恩忠
周丕钧 苟长征 赵 红 赵 廉 郭顺林 侯家珠
侯相麟 高 评 高 林 高百顺 康铭兰 曹炳成
盛芝仁 彭涌涛 窦玉安 窦存瑞 翟所迪 雒富基

绘 图:徐耀庭 赵玉元

序

病历、处方等医疗文件的书写及管理是医院和医疗行政部门主要的工作内容之一,病历质量的优劣最能反映一个医院的管理水平,医疗技术水平。设备的档次和使用水平,医务人员的业务素质、学识水平及医德风范。长期以来各级医院在这方面作了大量的工作并取得了一定的成效,尤其是通过等级医院的评审,病历质量有了明显地提高。但目前病历仍存在不少问题,有待进一步提高。

在等级医院评审中,一些基层医院的领导和医务人员提出我省尚无统一的病历书写格式及要求,急待规范管理,为此省卫生厅委托兰州医学院第一附属医院组织有关专家学者近百人,历时近两年的艰辛劳动,终于完成《病历与处方书写规范》一书的编写,这是一部工程浩大的工具书,共含十四章,附录十余个,170余万字,图文并茂、通俗实用,正如编者云:“本《规范》一册在手,即可完成病历书写”。相信它的面世将对我省广大医务人员书写病历提供极大的方便,为我省病历文件的书写及管理水平的提高颇有裨益,本人特此应邀作序并向全省医学界同仁推荐,亦借此机会向编写人员表示祝贺和感谢。



1997年11月兰州

前 言

病历是重要的医疗档案,是教学、科研的重要资料和素材,是医院管理及诊疗水平的客观佐证,也是重要的法律依据。书写详实规范、准确科学、清晰工整的病历是医务人员必备的条件。病历文件能够客观地反映医务人员的学识技术水平、思维方式、综合分析和解决临床问题的能力以及医德风范。在等级医院的评审工作中,病历是最基本的条件之一。

为了使广大医务人员在病历及处方等医疗文件、各种记录、检查申请单及报告单的书写中有章可循,不断提高各级医院的病历书写质量和管理水平,明确各级各类人员在病历书写、监督检查和管理等各方面的职责。甘肃省卫生厅医政处委托兰州医学院第一附属医院组织有关专家、教授编写了《病历与处方书写规范》一书。

在本书的编写过程中,充分征求了各级各类医务人员的意见,参阅了高等医药院校教材《诊断学》、中国医药科技出版社的《病历处方规范与管理》、湖南科学技术出版社的《医学临床“三基”训练(医师分册)》、江苏科学技术出版社的《病历示范》、人民卫生出版社的《国际疾病分类》等书籍及资料,为便于参考起见,附录了国际度、量、衡单位,常用医疗机构英文名称,常见病名英文缩写,常用化验的正常值、常用疾病名称及编码等,尽可能使之实用,一本《规范》在手,即可完成病历书写。

由于时间较短,人力不足,更因编者水平有限,本《规范》中错误与不足在所难免,热诚期望广大读者提出宝贵意见,以期不断修改完善。

本《规范》编写过程中,省卫生厅及兄弟医院给予了热情地关怀和大力支持,诸编委付出了艰辛的劳动,使这本《规范》方得以面对读者,在这里一并表示诚挚的谢意。

编者

一九九八年六月·兰州

目 录

第一章 病历及病历书写规范	(1)
第一节 病历的概念	(1)
第二节 病历的意义	(1)
第三节 病历的分类、内容及书写要求	(2)
第四节 病史的采集及记录	(5)
第五节 病历书写的基本规定	(7)
第六节 病历排列次序	(9)
第二章 门、(急)诊病历	(15)
第一节 门诊病历	(15)
第二节 门诊病历范例	(22)
一、心血管内科门诊病历	(22)
二、结核病门诊病历	(24)
三、呼吸内科门诊病历	(27)
四、普通内科门诊病历	(32)
五、消化内科门诊病历	(33)
六、肾病内科门诊病历	(34)
七、血液科门诊病历	(36)
八、内分泌科门诊病历	(38)
九、神经内科门诊病历	(40)
十、精神病科门诊病历	(42)
十一、老年病科门诊病历	(43)
十二、小儿科门诊病历	(45)
十三、中医科门诊病历	(47)
十四、皮肤科门诊病历	(49)
十五、传染科门诊病历	(51)
十六、普通外科门诊病历	(53)
十七、小儿外科门诊病历	(56)
十八、神经外科门诊病历	(57)
十九、胸外科门诊病历	(59)
二十、心外科门诊病历	(60)
二十一、泌尿外科门诊病历	(63)
二十二、肾移植门诊病历	(65)
二十三、骨科门诊病历	(68)

二十四、整形科门诊病历.....	(69)
二十五、烧伤科门诊病历.....	(70)
二十六、肛肠科门诊病历.....	(71)
二十七、肿瘤科门诊病历.....	(73)
二十八、妇科门诊病历.....	(75)
二十九、产科门诊病历及记录(见表).....	(78)
三十、眼科门诊病历.....	(79)
三十一、耳鼻咽喉科门诊病历.....	(81)
三十二、口腔科门诊病历.....	(87)
第三节 急诊病历	(93)
一、急诊病历的基本要求.....	(93)
二、急诊病历范例.....	(93)
(一)、心血管内科急诊病历.....	(93)
(二)、呼吸内科急诊病历.....	(95)
(三)、消化内科急诊病历.....	(96)
(四)、血液科急诊病历.....	(97)
(五)、神经内科急诊病历.....	(98)
(六)、普通内科急诊病历.....	(99)
(七)、神经外科急诊病历	(100)
(八)、皮肤科急诊病历	(101)
(九)、传染科急诊病历	(102)
(十)、普通外科急诊病历	(103)
(十一)、小儿外科急诊病历	(105)
(十二)、胸外科急诊病历	(107)
(十三)、心外科急诊病历	(107)
(十四)、泌尿外科急诊病历	(108)
(十五)、妇科急诊病历	(109)
(十六)、眼科急诊病历	(110)
(十七)、耳鼻咽喉科急诊病历	(112)
(十八)、口腔科急诊病历	(114)

第三章 住院病历书写

第一节 住院病历的书写格式及内容.....	(117)
第二节 住院病历范例(完整病历).....	(123)
第三节 住院证书写.....	(127)
第四节 病案首页的填写方法及规定.....	(128)
第五节 病案首页书写范例.....	(136)
一、心内科病案首页范例	(138)
二、呼吸内科病案首页范例	(139)

三、内分泌科病案首页范例	(140)
四、消化内科病案首页范例	(141)
五、神经内科病案首页范例	(142)
六、中医科病案首页范例	(143)
七、传染科病案首页范例	(144)
八、普通外科病案首页范例	(145)
九、肿瘤科病案首页范例	(146)
十、神经外科病案首页范例	(147)
十一、烧伤科病案首页范例	(148)
十二、眼科病案首页范例	(149)
十三、耳鼻咽喉科病案首页范例	(150)
十四、口腔科病案首页范例	(151)
十五、产科病案首页范例	(152)
十六、妇科病案首页范例	(153)
第六节 国际疾病分类(ICD-9)编码	(154)
第四章 各科住院病历	(157)
第一节 心血管内科住院病历	(157)
第二节 呼吸内科住院病历	(171)
第三节 消化内科住院病历	(181)
第四节 肾内科住院病历	(190)
第五节 血液科住院病历	(203)
第六节 内分泌科住院病历	(211)
第七节 神经内科住院病历	(221)
第八节 精神科住院病历	(235)
第九节 中医科住院病历	(246)
第十节 传染科住院病历	(253)
第十一节 普通内科住院病历	(261)
第十二节 皮肤科住院病历	(269)
第十三节 职业病科住院病历	(277)
第十四节 老年病科住院病历	(286)
第十五节 小儿科住院病历	(296)
第十六节 康复医学科住院病历	(308)
第十七节 心血管外科住院病历	(315)
第十八节 胸外科住院病历	(329)
第十九节 普通外科住院病历	(337)
第二十节 骨科住院病历	(350)
第二十一节 肿瘤科住院病历	(362)
第二十二节 神经外科住院病历	(370)

第二十三节	整形外科住院病历.....	(385)
第二十四节	小儿外科住院病历.....	(393)
第二十五节	泌尿外科住院病历.....	(404)
第二十六节	烧伤科住院病历.....	(419)
第二十七节	肛肠科住院病历.....	(431)
第二十八节	妇科住院病历.....	(447)
第二十九节	产科住院病历.....	(458)
第三十节	眼科住院病历.....	(468)
第三十一节	耳鼻咽喉科住院病历.....	(487)
第三十二节	口腔及颌面外科住院病历.....	(501)
第三十三节	物理治疗科病历.....	(510)
第三十四节	肿瘤放射治疗科住院病历.....	(515)
第三十五节	ICU 病房病历.....	(523)
第三十六节	高压氧治疗科病历.....	(528)
第三十七节	脏器(肾)移植住院病历.....	(533)
第三十八节	介入医学科病历.....	(545)
第三十九节	营养学科病历.....	(549)
第四十节	再次住院病历.....	(553)
第四十一节	诊疗计划的书写.....	(558)

第五章 病程记录..... (560)

第一节	病程记录的分类.....	(560)
第二节	病程记录的主要内容.....	(560)
第三节	病程记录的基本要求.....	(561)
第四节	首次病程记录.....	(562)
第五节	病程记录的书写格式及内容.....	(563)
第六节	交班记录.....	(564)
第七节	接班记录.....	(565)
第八节	会诊记录.....	(566)
第九节	转科记录.....	(570)
第十节	接收(转入)记录.....	(571)
第十一节	临床病例讨论记录.....	(571)
第十二节	阶段小结.....	(576)
第十三节	转院病历摘要.....	(577)
第十四节	术前小结.....	(579)
第十五节	手术同意书及审批表.....	(580)
第十六节	麻醉记录.....	(581)
第十七节	手术记录.....	(586)
第十八节	术后病程记录.....	(588)

第十九节	化学疗法记录	(590)
第二十节	透析病程记录	(594)
第二十一节	放射治疗记录	(595)
第二十二节	出院小结	(603)
第二十三节	死亡记录	(606)
第二十四节	死亡报告书	(608)
第二十五节	死亡病例讨论	(610)
第二十六节	示范病历及病程记录	(613)
第六章	护理文书书写规范	(634)
第一节	体温单	(634)
第二节	医嘱本	(636)
第三节	医嘱单	(637)
第四节	特别记录单	(638)
第五节	出入量记录单	(639)
第六节	护士交接班报告	(639)
第七节	护理病历	(641)
第八节	护理人员派班表	(647)
第九节	系统化整体护理与模式病房	(648)
第七章	医院感染病历的书写方法	(678)
第一节	什么是医院感染	(678)
第二节	医院感染病历表	(680)
第三节	如何填写医院感染病历表	(682)
第四节	医院内感染的诊断标准	(686)
第五节	消毒管理办法	(700)
第八章	医嘱的书写	(720)
第一节	开医嘱的基本规定	(720)
第二节	长期、临时医嘱范例	(721)
第三节	部分疾病的医嘱书写范例	(724)
第四节	转科医嘱及重整医嘱	(772)
第五节	术前医嘱与术后医嘱的书写	(776)
第九章	各种检查申请单及报告单的书写	(782)
第一节	各种检验单的样单及书写要求	(782)
第二节	化验单的粘贴	(797)
第三节	X线检查申请单的书写	(823)
第四节	超声检查申请单及报告单的书写	(851)
第五节	肺功能、血气分析报告单的书写	(870)
第六节	脑及神经功能检查申请单及报告单的书写	(880)

第七节	听力及前庭功能检查申请单及报告单的书写.....	(890)
第八节	纤维内镜检查申请单及报告单的书写.....	(894)
第九节	放射性核素检查及治疗申请单及报告单的书写.....	(909)
第十节	心电图及心脏功能检查申请单与报告单的书写.....	(924)
第十一节	病理学检查申请单及报告单的书写.....	(938)
第十二节	其它通知单的书写要求.....	(960)
第十三节	医技科室检查申请报告单书写质量考评.....	(976)
第十章	病历质量监控与评价	(980)
第一节	病历书写质量监控与评价方法.....	(980)
第二节	门、急诊病历质量的监控与评价	(983)
第三节	住院病历质量的考核标准.....	(987)
第四节	××医院住院病历书写质量考评办法.....	(991)
第十一章	处方书写规范及管理	(995)
第一节	处方概述.....	(995)
第二节	处方的类型.....	(995)
第三节	医师处方的内容和结构.....	(996)
第四节	处方.....	(996)
第五节	处方制定.....	(998)
第六节	处方书写范例	(1001)
第十二章	医院预防保健文件的书写	(1010)
第一节	职工医疗保健病历	(1010)
第二节	职工医疗保健处方	(1011)
第三节	定期健康检查	(1011)
第四节	计划免疫	(1033)
第五节	疫情报告及管理	(1041)
第十三章	其他医疗文件的书写	(1042)
第一节	医疗事故(纠纷)文件书写	(1042)
第二节	医疗事故(纠纷)文件书写范例	(1044)
第十四章	病案管理	(1063)
第一节	病案管理的任务	(1063)
第二节	病案的排列顺序	(1063)
第三节	病案的编号与归档	(1065)
第四节	病案的保存期限	(1066)
第五节	病案管理的基本方法	(1066)
第六节	病案的质量管理	(1069)
第七节	病案的随访工作	(1070)
第八节	医院表格管理	(1071)

第九节	病案的计算机管理	(1071)
附录一	医疗统计专用名词	(1077)
附录二	药物法定名称临床分类	(1081)
附录三	法定计量单位	(1088)
附录四	血压单位数值换算表	(1091)
附录五	与医学有关的非许可单位	(1093)
附录六	处方用拉丁词缩写式	(1094)
附录七	常用缩略语	(1097)
附录八	希腊字母、罗马数字、常用元素表	(1101)
附录九	简化字总表	(1103)
附录十	病历书写中常见错误	(1109)
附录十一	人体检验新旧单位参考值对照表	(1110)
附录十二	国际标准疾病分类(摘抄)	(1171)
附录十三	常用医疗机构英汉名称	(1192)
参考文献		(1200)

第一章 病历及病历书写规范

第一节 病历的概念

病历是医务人员对病人病情调查研究所收集到的资料,进行综合分析、归纳整理后,按规范化格式书写的记录。所以,病历是记录问诊得到的病史(症状)、体格检查所见(体征)、实验室检查、器械检查及其他各种检查结果、病情变化、诊断过程、治疗措施及效果、预后判断和医师思考过程的诊疗、转归等全过程的记录。是按照规定的格式和书写要求,根据上述资料编写的病人的医疗、转归等全过程的记录,是对搜集到的资料归纳整理获得的;即对各种资料加以综合分析,按规定的格式和要求书写的病人的健康档案。书写科学详实、系统完整的病历是医生必须具备的一项基本技能。一份规范化和合乎要求的病历,要在内容上能如实地反映疾病变化规律,以及医师对疾病的诊治和预防而进行思考和分析的经过,还要在格式上符合基本要求。要达到这个目标,除需要阅读诸如解剖学、生理学、病理学、药理学、免疫学、生物化学、组织学、诊断学等医学基础学科书籍之外,还要阅读所从事专业书籍,如内科学、外科学、妇产科学、小儿科学、传染病学等临床学科及相关学科的资料,反复地询问病史及体格检查(力求系统、全面、详实),对取得的资料进行综合分析,归纳整理,然后按要求的格式及规范书写成病历。故书写一份系统全面、科学详实、整齐规范、合乎质量要求的病历,并非轻而易举之事,需要经过一番刻苦的学习和训练方能达到。

病历是临床医师在诊疗工作中的一份全面记录和总结。它具有丰富的调查研究资料,可以反映疾病的全过程。它既是确定诊断、制定治疗和预防措施的依据,也是总结医疗经验、充实教学内容、进行科学研究的重要资料,有时还为司法工作提供真实可靠的证据。此外,通过完整的病历还可以深刻体现出医院的医疗质量、管理水平和医务人员的学识水平、分析能力、学术思想、医疗作风。因此,作为一名临床医生,必须努力学习,以极端负责的精神和实事求是的科学态度,严肃认真地编写病历。

现代化医院管理模式中计算机管理已成为必不可少的管理和质控手段,为了适应计算机管理,设计适应输入和储存的表格化、数字化的统一病历已是势在必行,但表格化和数字化的病历绝对不能代替传统的住院病历,必须是在全面提高病历书写质量的前提下,逐步探索,不可盲目从事。

第二节 病历的意义

病历是医疗、教学、科研及医院管理和医疗纠纷中的重要参考、评估资料及法律依据。

一、病历与医疗:病历是对患者疾病诊疗全过程的观察记录,它既是确定诊断、进行

治疗、落实预防措施的资料，又是医务人员诊疗水平评估的依据，也是病人再次患病时诊断与治疗的重要参考资料。通过临床病历的回顾，可从中发现诊断线索和依据，作为本次诊断和治疗参考，也可以从中汲取经验和教训，修正诊断及治疗措施，改进工作和提高医疗质量。

二、病历与教学：病历是病例的真实和全面的记录，是宝贵的教学资料和生动的医学教材，尤其是典型病例和疑难罕见病例。通过病历的书写与阅读，可以使所学到的医学理论和实践相结合，巩固所学知识，开阔视野，提高学习兴趣，培养医务人员和医学生的周密逻辑思维能力、严谨的医疗作风和客观求实的工作作风及敬业精神。

三、病历与科研：病历是临床研究的重要素材，通过病历资料的分析和总结，寻求疾病的发生、发展、治疗、转归的客观规律及内在联系，研究临床治疗、预防措施与疾病康复的关系，发现和筛选新的诊疗技术及药物，借以扩大医学研究范围，促进临床发展和推动医学事业的不断前进。

四、病历与医院管理：病历中的许多素材是国家卫生统计的指标，大量的病历资料分析，可以客观地反映医院的工作状态、技术水平、人员素质、医疗质量、管理水平、保障措施、医德医风等医院管理水平。因此，检查病历，分析病历，从中发现问题，解决问题，是了解医院工作状态，提高医疗质量的重要手段之一，也是加强医院管理，提高医院管理水平的重要措施。

病历也是医院医疗业务统计的原始资料，例如床位使用率、周转率、出院诊断符合率、治愈好转率、死亡率等数十项指标，必须从病历中统计。所以，病历不但是医疗业务活动数量和质量统计分析的可靠依据、监督检查医疗工作科学管理的可靠依据和医院医疗业务统计的原始资料之一，也是医院重要的医史资料和医院发展的客观记录。

五、病历与预防疾病：通过病历的分类统计和分析，可以了解临床医疗人员贯彻“三级预防”原则和防病防残措施的落实情况及各种常见病多发病的发生与发展情况，为判定和落实各种预防措施，贯彻预防为主的方针提供依据。

六、病历与法律及医疗事故和纠纷的处理：病历是病人就医及医务人员对其诊疗过程的客观记录，在医疗事故、医疗纠纷、伤残处理及某些诉讼案件的审理过程中，必须以病历为处理依据。因此，病历具有保护患者和医务人员双方权益的双重作用，是重要的法律文件。

综上所述，病历是病人的重要的医疗健康档案。既是临床实践工作的记录和总结，又是探索疾病规律及处理医疗纠纷和事故的法律依据，是国家及医院的宝贵资料。为此，医务人员在书写病历时力求实事求是，严肃认真，内容详实，一丝不苟，科学严谨。病历的管理也应纳入医院分级管理工作之中。

第三节 病历的分类、内容及书写要求

病历一般分为两类：即门（急）诊病历和住院病历。

一、门（急）诊病历：

门诊病历俗称小病历，是为现今各医院使用的、多由病人自己保管的病历，是病人在门（急）诊就诊及检查过程的记录。

1. 门诊病历要求认真填写病人的姓名、性别、年龄、职业、住址、邮政编码等。每次就诊时，均需写明科别、年、月、日，记录内容要简明扼要，重点突出。

2. 门诊病历主要记录病人简要病史、体征、检查项目、检查结果、初步诊断、用药名称、剂量和用法以及处理意见，如入院、手术、会诊、转科、留诊观察和回家休息治疗等。如需复诊，应写明提请复诊医师注意的事项。

3. 门诊病历应能概括病情，复诊病历可重点记录病情变化和诊疗效果。初步诊断应力求在就诊当日或1~2次复诊中确定。对一时难以确诊者，可暂写明某症状待诊，如“发热待诊（查）”等。

4. 急、重、危病人就诊时，必须记录就诊时间到分，除简要病史和重要体征外，应记录血压、脉搏、呼吸、体温、意识状态、诊断和抢救措施。对门诊抢救无效而死亡者，要记录抢救经过、死亡时间和死亡诊断。

5. 门诊病历记录完毕，接诊医生要签全名或加盖规定的印章，所有门诊病历必须在接诊时完成。

6. 首诊科室接诊医生必须书写门（急）诊病历，若需请其他有关科室会诊或转诊者，由首诊科室接诊医生在门（急）诊病历上书写清楚，开好有关的转诊单、申请单。若病人行动不便或病情危重，应由首诊科室接诊医生负责请有关科室医生前来会诊或作检查，并亦应在门诊病历上书写会诊及检查结果记录，提出诊疗意见，由首诊科室负责执行，对病人作妥善处理，即坚决贯彻执行“首诊科室负责制”。

7. 实习医师书写的门（急）诊病历，应由带教老师审阅签字后方可生效。

8. 国内部分医院的门诊和住院为一个病历号和一份病历，若门诊就诊需要，由接诊医师填写借阅单后去病案室调病历，参阅后再交还病案室，病人不可带走，以免丢失、损坏或篡改。（个别医院为自动化借阅，甚至为计算机调阅。）有些医院因门诊量太大，采取平时门诊就诊时处方一端开辟专栏书写简单门诊病历。而大多医院门（急）诊病历由病人本人保管，要求患者妥善保存，不得涂改、污损，亦不可转借他人，再次就诊时必须携带，以便参阅和记录。门（急）诊病历也不可一本（单）多用，如记帐、记电话号码和邮政编码等。

9. 门（急）诊病历常为劳动力鉴定、处理工伤事故等的重要依据和原始资料，同样具有法律效力，故要求在书写时必须态度认真，事实求是，客观公正，科学严谨，不徇私情，不乱记载。

10. 现行门（急）诊病历为《门诊病历本》、《诊疗手册》及《门诊病历单》，两种形式均可运用，但填写格式必须符合本《规范》的要求，以便进一步运用计算机管理和查阅查询。

二、住院病历：

住院病历是指病人因诊治需要而住院后，医务人员对患者的疾病的发生、发展及转归

进行的检查、诊断、治疗等医疗活动的进展的记录,也是对病人的各种病史、医疗资料加以归纳、整理、综合分析后,按规定格式和要求书写的病人的医疗健康档案。住院病历又分完整病历、入院志(住院病历)、诊疗计划、病程记录、交接班记录、病历讨论记录、会诊记录、转院、出院记录、再次入院记录(病历)等。住院病历(包括完整病历)一般情况下应在病人入院后24小时内完成,急诊入院的病人可先书写首次病程记录和抢救记录,随后应尽快完成住院病历的书写。同一时间内大批病人入院时,可先写首次病程记录及抢救记录,病历书写时间由科室负责人酌情规定,但也需遵照尽快完成的原则。

1. 完整病历:

(1) 一般项目:必须具备12项:即姓名、性别、年龄、民族、籍贯、婚姻、职业、住址、工作单位、入院日期、记录日期、病史陈述者、可靠程度。特殊需要者可加项目,例如文化程度、从事工种等。

(2) 主诉:记录病人最痛苦、最重要的核心自觉症状,即病人本次就诊(入院)的主要原因。

(3) 现病史:为对现发病状作系统详细的描述,一般住院病历中,现病史书写不得少于8行。

(4) 既往史:主要是描述、记录病人过去的健康状况,为诊断及治疗的重要参考资料。完整病历的既往史一项中,应按系统询问记录(即系统回顾,如呼吸系统、消化系统、心血管系统、泌尿生殖系统、神经系统等。按系统询问病人既往的患病或健康情况,并作详细记录)。

(5) 个人史:记录病人的出生、居住地、日常生活习惯等,作为诊治的参考。

(6) 婚姻史:主要记述婚龄、配偶及子女年龄和健康状况等。

(7) 月经及生育史:女性患者必须详细询问及记录月经初潮年龄、周期、末次月经等有关情况,一一作出记录。

(8) 家族史:记录患者父母、兄弟、姐妹的存殁、年龄、健康状况及父母双方三代内有无遗传疾病等。

(9) 体格检查:在询问病史后,必须进行体格检查,应仔细观察患者的全身情况,如发育营养状况、面部表情、步行姿态、神志状态、言语思维等全身情况以及按系统部位检查并详细记录。要系统周密,也要权衡轻重,重点突出,简繁有序。依头、颈、胸、腹、脊柱、四肢、生殖、肛门、神经系统的顺序进行记录,不但要记录阳性体征,也要注意检查和记录与疾病有关的阴性体征。

(10) 化验及仪器检查记录:对病人入院前所进行的化验检查及仪器检查应作详细记录,作为诊断及治疗的参考和重要依据,亦为进一步检查的重要参考资料。

(11) 病历摘要:为完整病历中的一部分,在完成病史采集、体格检查及记录乃至化验和仪器检查记录之后,书写病历摘要,对病史及体查资料作一概括。

(12) 诊断:通过对采集的病史资料及体格检查、化验检查及仪器检查的结果摘要之后,加以综合分析,最后作出诊断,诊断依主次一一排列。

(13) 诊断依据:作出诊断之前,必须先要有足够的依据,而依据就是来自病人的病史、体征、体格检查、化验检查和仪器检查。对每个依据均应一一作出记录。

(14) 鉴别诊断：这是诊断过程中必不可少的步骤，也是住院病历的重要组成部分，应对相关的或有类似的病因的疾病依次作以鉴别，逐个列出，并以简要文字写出主要鉴别点。

(15) 医师签名：写完病历之后，病历书写者应签全名或加盖规定的印章。

2. 住院病历：

是最常采用的住院病人的病史记录及体格检查等的记录，除既往史中的系统回顾部分之外，其余部分书写基本相同。此外在体格检查、化验及仪器检查项之后，需加写一项，即“专科情况”，扼要地书写本专科的简要病史、体征、化验和仪器检查结果，为诊断提供依据，然后书写初步诊断，以主次一一列出。

3. 诊疗计划：先写简要的病史及初步诊断，然后写出进一步应做的检查和治疗措施，逐条列出。

4. 首次病程记录：应在病人入院后 2 小时内完成，急诊病人应立即完成，特急病人入院后因抢救需要，可先写首次病程记录，待后再完成病历书写。内容应包括病人的姓名、性别、年龄、入院时间、初步诊断、入院前的简要病史、体征、主要的检查、治疗经过及效果，以及入院时的一般状况、症状、体征，入院后的主要检查及处理，入院后要采取的检查及治疗措施和初步诊断等。若本病例书写的是住院病历（入院志）的话，尚需写诊断依据及鉴别诊断。

5. 再次入院病历（记录）：参阅本《规范》第四章第四十节。

6. 转院病历（记录）：参阅本《规范》第五章第十三节。

7. 病程记录等：包括病程记录、会诊记录、转科记录、接收记录、讨论记录、交接班记录、出院记录等，参阅本《规范》第五章第五节至第二十六节。

8. 除产科及大批同类患者入院外，不得采用表格式病历，如需用表格式病历，须经有关部门批准。

第四节 病史的采集及记录

一、病史的采集：

病史的采集系通过与病人或知道病情的他人交谈，详细地了解疾病发生、发展的全过程，经过分析，推理而作出初步临床判断。经过去粗取精，去伪存真，系统整理编排后，再记录下来，这就是病史。

采集病史之时要求医师必须注意以下几点：

1. 必须通晓各种疾病可能出现的症状，借以纵横联系，进行临床思维及综合判断。
2. 询问病史时必须态度庄重，亲切自然、富有同情心，使病人不拘束，不畏惧，产生高度信任感，对病情或病员隐私应保守秘密，不得随意公开，特殊情况下即便亲属也不例外。因此，有时询问病史时不允许第三者在场。

3. 病史陈述者最好是病人自述，医师应耐心倾听。同时进行临床思维和分析，必要时可以启发诱导，帮助病人思考和回忆与疾病有关的重要情况，澄清病人自述中的名词、术