

R

病历处方规范与管理

BING LI CHU FANG
GUI FAN YU GUAN LI

中国医药科技出版社

登记证号(京)075号

内 容 提 要

《病历处方规范与管理》是在河南省卫生厅 1982 年编写的《病历书写规范》的基础上,结合多年的试行情况,参考这些年来来的最新资料改编而成的。内容包括病历、处方、护理、检查申请报告单书写与病案管理等,有较强的实用性、系统性、规范性和科学性。是临床医务人员书写医疗文件的依据和质量评价标准,又是医疗卫生管理工作者的参考书。

病历处方规范与管理

刘全喜 秦太铮 常同钦 主编

中国医药科技出版社 出版发行
(北京西直门外北礼士路甲 38 号)

邮政编码 100810

河南第一新华印刷厂印刷

开本 787×1092mm/16 印张 21.5

字数 478 千字 印数 1—20000

1993 年 5 月第 1 版 1993 年 5 月第 1 次印刷

ISBN 7-5067-0740-3/R·0658

定价:12.00 元

主 编:刘全喜 秦太铮 常同钦

副主编:袁东河 王耕晨 宋松超

主 审:唐昆泉 董义光

编 委(以姓氏笔划为序)王耕晨 王秀萍 孔芙蓉

江振英 刘全喜 宋松超 李灵敏 张国泰

周汉卿 秦太铮 袁东河 唐昆泉 常同钦

董义光

编 者(以姓氏笔划为序)

王耀平 王传中 王智慧 王左生 王瑞林 王清华

王德江 王予辉 王贻宏 牛扶幼 牛建国 方 成

方树友 毛东强 田常俊 冯玉荣 冯翠贞 付世珍

齐宗华 齐庆恩 闫玉兰 闫文泰 吕明栓 朱洪海

刘洪亮 孙卫国 孙瑞广 孙明华 曲青山 乔玉环

乔思杰 李克勤 李学余 李幼辉 李长松 李宪发

李德甫 吴清华 吴清平 宋绣雯 陈国华 陈庆华

陈芳萍 张俊 张惠云 张文浩 张亚山 张 凯

张建元 孟作仁 岳维海 杨壁卿 范素莲 和瑞芝

段爱梅 赵 明 赵桂莲 陶广业 陶五昌 徐恩惠

高铁铮 高树声 高艳梅 贾年敬 常燕玲 梁 捷

盛光耀 黄兴立 韩颖萍 曾 涛 董长江 僧国珍

谭凤娟 蔡宪安 樊德祥 樊红梅 魏韬哲

前 言

病历是医务人员诊疗过程全面记录的医学文件,是进行临床诊疗教学、科研、医疗技术鉴定的重要档案资料。病历质量的高低是医务人员医学知识、分析能力、学术思想、医疗作风和医院管理状况的具体反映。因此,不断提高病历书写质量是十分重要的。

为了加强医院科学管理,提高医疗护理质量,更好地为人民健康服务,我们根据卫生部有关文件规定,在省卫生厅 1982 年编写的《病历书写规范》的基础上,结合多年来的试行情况和我省医院工作实际,进行了补充修订,现更名为《病历处方规范与管理》。

本书共分 11 章,16 万字,表格 148 份。内容包括病历、处方、护理、检查申请报告单书写与病案管理等,其中,病历部分包括门(急)诊病历、完整住院病历、住院记录、临床各科病历示例等。具有较强的实用性、系统性、规范性和科学性,是临床医务人员书写医疗文件的依据和质量评价的标准。

河南医科大学一附院、河南省人民医院、新乡医学院一附院、洛阳医专附属医院等参加了本书的起草工作,在修订过程中,我们广泛征求了全省各有关专业技术人员的意见,认真进行了讨论和修改。最后由唐昆泉主任医师、董义光副教授进行了全面审查,在此一并致谢。

由于我们经验不足,水平有限,错误和缺点在所难免,我们诚挚地希望同道批评指正。

编者

1993 年 2 月

目 录

第一章 病历书写概述	(1)
第一节 病历的概念和作用.....	(1)
第二节 采集和记录病史的注意事项.....	(2)
第三节 病历的书写要求.....	(3)
第二章 病历书写的种类、内容及格式	(6)
第一节 门<急>诊病历书写内容及格式.....	(6)
第二节 完整住院病历.....	(10)
第三节 住院记录.....	(12)
第四节 再次住院病历.....	(13)
第三章 各科住院病历书写特点及示例	(24)
第一节 内科住院病历.....	(24)
第二节 肺结核科住院病历.....	(31)
第三节 神经内科住院病历.....	(37)
第四节 精神科住院病历.....	(46)
第五节 传染病科住院病历.....	(51)
第六节 中医科住院病历.....	(53)
第七节 外科住院病历.....	(59)
第八节 妇、产科住院病历.....	(63)
第九节 儿科住院病历.....	(75)
第十节 肿瘤科住院病历.....	(79)
第十一节 眼科住院病历.....	(81)
第十二节 耳鼻咽喉科住院病历.....	(89)
第十三节 口腔科住院病历.....	(94)
第十四节 皮肤科住院病历.....	(103)
第十五节 放疗科住院病历.....	(105)
第十六节 医院感染病历登记表填写.....	(108)
第四章 病历中的各种记录	(113)
第一节 病程记录.....	(113)
第二节 会诊记录.....	(113)
第三节 转科记录.....	(114)
第四节 转院病历摘要书写.....	(114)
第五节 交接班记录.....	(114)
第六节 出院记录.....	(114)
第七节 死亡记录.....	(114)

第八节 手术同意书.....	(115)
第九节 重要手术审批表.....	(115)
第十节 术前小结.....	(115)
第十一节 术后记录.....	(116)
第十二节 手术记录.....	(116)
第十三节 麻醉记录.....	(116)
第十四节 透析病人病程记录.....	(117)
第十五节 临床病历讨论记录.....	(119)
第十六节 病案首页.....	(119)
第五章 护理文件与医嘱单书写.....	(130)
第一节 体温单.....	(130)
第二节 护理记录单.....	(131)
第三节 病区报告.....	(131)
第四节 护理病历书写(试行).....	(132)
第五节 医嘱单.....	(133)
第六章 检查申请单与报告单书写.....	(138)
第一节 检验报告单.....	(138)
第二节 X线检查申请单和报告单.....	(144)
第三节 心电图及心电图向量图检查报告单的书写.....	(150)
第四节 超声波检查申请单和报告单的书写.....	(158)
第五节 脑电图检查报告单.....	(161)
第六节 病理检查申请单与病理诊断报告单书写.....	(163)
第七节 医技科室检查申请报告单书写质量考评.....	(183)
第七章 病历书写质量的评价方法与标准.....	(187)
第一节 病历书写质量的评价方法.....	(187)
第二节 门诊、急诊病历质量考评标准.....	(188)
第三节 住院病历质量考评标准.....	(189)
第八章 处方.....	(192)
第一节 处方书写的重要性.....	(192)
第二节 处方的类型.....	(192)
第三节 处方的格式与项目.....	(192)
第四节 处方的书写.....	(193)
第五节 处方的评价.....	(195)
第六节 处方的管理.....	(196)
第九章 医院预防保健文件书写.....	(203)
第一节 职工医疗保健病历.....	(203)
第二节 职工医疗保健处方.....	(203)
第三节 定期健康检查.....	(204)
第四节 计划免疫.....	(204)

第五节 疫情报告及管理.....	(205)
第十章 其它医疗文书书写.....	(234)
第一节 医院各种制剂表格的书写.....	(234)
第二节 医疗器械管理文件.....	(236)
第三节 医疗事故(纠纷)文书书写.....	(237)
第十一章 病案管理.....	(286)
第一节 病案管理的任务.....	(286)
第二节 病案的排列顺序.....	(286)
第三节 病案的编号与归档.....	(287)
第四节 病案的保存期限.....	(288)
第五节 病案管理的基本方法.....	(288)
第六节 电子计算机在病案管理中的应用.....	(290)
第七节 病案的质量管理.....	(296)
第八节 病案的随访工作.....	(296)
第九节 医院表格管理.....	(297)
附录:	(298)
一、国际制与统一计量单位对照表	(298)
二、血压单位数值换算表	(299)
三、病历书写中常见的错别字	(299)
四、希腊字母,罗马数字.....	(301)
五、常用缩略语	(302)
六、临床检验正常参考值	(303)
七、常用人体检验数值新旧单位换算表	(316)

第一章 病历书写概述

第一节 病历的概念和作用

病历是医务人员对病人疾病的发生、发展、转归,进行检查、诊断、治疗等医疗活动过程的记录。也是对搜集到的资料加以归纳、整理、综合分析,按规定的格式和要求书写的病人医疗健康档案。

病历一般分为:门(急)诊病历、住院病历两大类。住院病历又包括完整病历、住院记录、病程记录、转院记录等等。

病历对医疗、预防、教学、科研、医院管理等都有重要的作用。

一、医疗

病历是诊疗全过程中的观察记录,它既是确定诊断、进行治疗、落实预防措施的资料,又是医务人员诊治疾病水平评估的依据,也是病人再次患病时诊断与治疗的重要参考材料。通过临床病历回顾,可以从中汲取经验、教训,改进工作,提高医疗质量。

二、教学

病历是教学的宝贵资料,是最生动的教材。通过病历的书写与阅读,可以使所学的医学理论和医疗实践密切结合起来,巩固所学知识,开阔视野,培养医务人员和医学生的逻辑思维能力和严谨的医疗作风。

三、科研

病历是临床研究的主要素材。通过临床病历总结分析,寻求疾病发生、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,发现筛选新的医疗技术和药物,推动医学不断发展。

四、医院管理

大量的病历资料分析可以客观地反映出医院工作状况、技术素质、医疗质量、管理措施、医德医风等医院管理水平。病历中的许多素材是国家卫生统计的重要指标。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。

五、防病

通过对病历的分类统计和分析,可以了解临床医务人员贯彻“三级预防”原则、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,为制定和落实各级预防措施、贯彻预防为主方针提供依据。

六、法律

病历是处理医疗事故、医疗纠纷的法律依据。因此,病历是有效地保护病人和医务人员合法权益的重要文件。

总之,病历既是临床实践工作的总结,又是探索疾病规律及处理医疗纠纷的法律依据,是国家的宝贵财富。为此,医护人员在书写病历时一定要实事求是、严肃认真、科学严谨、一丝不苟。

第二节 采集和记录病史的注意事项

医生应重视病人的陈述,借以获得正确诊断。某种疾病如神经衰弱、精神分裂症等,用物理检查和实验检查尚难以获取充分的证据,唯有凭借病人所叙述的症状,才能得以作出初步诊断,所以病史是诊断的钥匙。

一、采集病史的注意事项

病史中所记录的内容应包括病人的自觉症状和病体所发生的征象。至于如何才能获得良好而准确的病史,实非易事,所以,采集病史时要求我们每个医师必须着实努力注意下列数点:

1. 医师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. 询问病史时必须富有同情心,态度庄重,和蔼自然,使病人既不拘束,又不畏惧,不得轻率嘻笑。对病情应保守秘密,不得将病情或病人隐私随意公开,有时,即便家属也不例外,因此,询问病史时最好没有第三者在场,这样常可获得满意的回答。

3. 询问病史时最好由病人自述,医师耐心静听的同时进行临床思维和分析,加以取舍,若认为尚不详尽,可乘机询问,若病人喋喋不休而谈论的内容与病情无关,应设法引入正题,尽量从病人的叙述中获得较为具体确切的印象。

4. 彻底澄清病人自述中的名词、术语,如“湿热”、“内热”、“湿气”及“肝火旺盛”、“闹心”等,究竟系指何种症状,甚至对各种方言、土语亦需弄个明白。

5. 询问病史时,如遇神志不清、精神失常或幼儿患者可请其家属或与其接触较多的亲友、同志叙述。

良好确切的病史必须真实、完整、系统而有次序、文字清晰、简明而通畅、他人易懂。病史中忌用医学术语。

二、记录病史时的注意事项

主诉:系指疾病最痛苦、最重要的核心自觉症状,即病人就诊的原因。乃由病人自述或从其所述症状中摘其简要语句,且附有主要症状,发生期限,依远近先后顺序记录。主诉切忌冗长,一般不超过20个字。

现病史:应对现发病状作系统详细之描述,首先描述首发病的症状及时期,注重病人自觉病状发生的近因,各种症状的先后经过,依时间顺序问明其间之相互关系及连带现象,对某个症状的描写,应多方面描述,例如,“心绞痛”应说明疼痛的部位、性质、频率、放射到的部位、持续的时间、诱发原因、疼痛是进展是减轻是加重、疼痛的同时有无并发症,如出汗、心慌、气短、恶心、呕吐等。患者用什么方法能缓解疼痛?如用硝酸甘油的效果如何?以及其对生理状况妨碍的程度等,均须全面描述。某病可能有的主要症状而未出现者,即阴性症状,亦当述及。例如慢性咳嗽、咯痰、气喘病人,虽无咯血亦当予以说明,不可省略,病程进展中有无减轻或加重?是否接受过某种治疗?尤其是慢性心衰病人,是否接受过洋地黄类药物的治疗?应用哪种洋地黄制剂,用法及剂量,持续或间断时间,均须依次记述。

既往史:主要描述过去的健康状况,书写完整病历时,当按系统启发病人回顾,如传染病、循环系统、呼吸系统、消化系统、血液系统、泌尿生殖系统、内分泌代谢系统、精神神经

系统、关节骨骼系统、中毒性疾病,以及有无手术治疗史等,若患过某种疾病,必须详述其病情经过,不可单写“病名”,即使写出病名,也要在病名之上附加引号或疑问号。

个人史:内容含出生、居住地,是否在各种传染病、地方病流行地区逗留居住,日常生活习惯、户外活动、性格特点、膳食嗜好,烟酒咖啡及药物等的嗜用情况,现在职业,工作环境及经济生活水平等。

婚姻史:应含婚龄,配偶年龄及健康状况,儿女数目、年龄及健康状况,夫妻双方情感状况等。

月经及生育史:包括月经初潮年龄、月经周期、经期、末次月经、痛经及其它不适,白带、妊娠分娩次数、早产流产次数,及分娩情况等。

家族史:包括父母、兄弟、姐妹的存殁、年龄及健康状况。父母双方三代以内有无遗传病史,如精神病、高血压、动脉硬化、先天性心血管病、糖尿病、癌症及血友病等。

书写住院记录,也应该按系统疾病启发询问病人回顾,仅写曾经患过的疾病,同时,还应书写与本病相关而未发现或未患过的疾病。例如,一位罹患高血压的中年以上的肥胖女性患者,必须询问其有无肾病史,妊娠分娩中有无先兆子痫、子痫等妊娠毒血症病史,有无心绞痛心衰史,有无胆绞痛史,有无糖尿病史,以及有无急性脑血管病史,阴性者亦须一一记述。

体格检查:当询问病史之后,必须进行体格检查,应仔细地观察患者的全身情况,如发育营养状况,面部表情,步行姿态,有无明显之畸形,询问病史时注意观察病人的性格特征,神志状态,言语思维等,借以明了病状的轻重缓急。

对病人必须作周密系统的全身检查,但必须权衡轻重,简繁有序,既节省时间又顾及患者,尤其对病况危、急、重患者,更宜十分注意,不能拘守惯例,过劳病人,如需重复第二次检查时,应与前次比较,重视原病变部位及新发病部位的检查。

检查病人时,应客观、严谨、科学、细心、力求完备,切忌主观或存有成见。检查环境须相对安静、温暖、照明充足,并尽量利用自然光线,依检查部位之顺序解开或脱去病人衣着,愈彻底愈好,除正在检查的部位外,其余部位应以衣被遮盖。男性医务人员检查女性患者时,应有第三者(如女护士或家属)在场。

检查时要态度庄重、动作轻柔、迅速准确有序,一般检查依头、颈、胸、腹、脊柱、四肢、神经系统、生殖器、肛门的顺序进行。必要时由妇科会诊检查。

检查中切忌视而不见,如:肝上扪肝、脾上扪脾,而得出肝脾不大的错误结论。也不要模棱两可的记述,如“肝脾触诊不满意”等。

在体格检查中,不但要注意阳性体征,也要注意与疾病相关的阴性体征。如慢性心衰病人没有出现下肢水肿;轻度主动脉瓣关闭不全患者,尚未出现周围血管体征等。

第三节 病历的书写要求

病历书写质量的高低,不仅反映一个医院的医疗管理水平,而且也能体现医务人员的责任心和素质,书写病历的过程是培养和提高临床医务人员诊治疾病的正确思维方法的过程,也是临床医务人员的职责和必须掌握的基本技能。因此,临床医务人员必须以认真负责的精神和严谨的科学态度书写病历。其要求如下:

一、完整病历

1. 对新入院病人应填写一份完整病历,再次入院病人应书写再次入院病历。完整病历的格式、内容见第二章。

2. 完整病历由实习医师、进修医师负责书写,经住院医师审查修改并签字,住院医师需另写住院记录。

3. 大学本科毕业1年、大专毕业1年半中专毕业2年以内的医师应书写完整病历,期满经考核合格后,可书写住院记录。

二、住院记录

住院记录是完整病历的缩影。要求简明扼要、重点突出,应能反映疾病的全貌。对既往史、个人史、婚姻史、月经、生育史、家族史及体格检查可简化;与本病无关的阴性资料可适当简化;一般项目可以简化;但与诊断及鉴别诊断有关的阳性及阴性体征必须记录。住院记录书写格式见第二章。

三、时间要求

完整病历、住院记录、再次住院病历应在病人入院24小时内完成。急诊病人要立即写出病历,如确因抢救不能完成时,应及时书写首次病程记录,待病情允许时再完成住院病历,但不应超过48小时。

上级医师对下级医师所写住院病历,应在48小时内用红笔认真修改并签字。

四、书写要求

1. 病历应用钢笔书写、词句应通顺、完整、简练、准确、字迹清楚、标点符号正确、不得涂改或粘贴,避免错别字,不得使用自创字。

2. 填写一般项目,应准确详细,如年龄应为×岁,不能写“成年”;职业应为“油漆工人”、“纺织工人”、“机关干部”、“教师”、“会计”、“记者”等,不能笼统地写成“工人”、“干部”。住址应详填,某省、市、县、乡(街)村(门牌号),如为工厂、单位,应写明车间、班组、科室等。并要写明邮政编码和身份证号码。

3. 病历除无正式译名的病名、药名外一律用中文书写,不准滥用各种符号及自创中英文词组,如:白C(细胞)、颈V(颈静脉)、主A(主动脉)、肝脾(一)等。

4. 书写病历时应运用医学术语,避免用方言、土语。如“拉肚子”、“打吊针”等。主诉一般不直接引用诊断名称,如“发现糖尿病10年”、“患肾炎一个月”等,而应记录其临床主要表现,如“多食、多饮、多尿伴消瘦10年”或“查体时发现蛋白尿一个月”。确需在主诉、现病史、既往史等中应用诊断名称时,诊断名称应加引号。如“在××医院检查诊断为肝硬化××天”。

5. 住院病历中,初步诊断不能笼统地写“发热待查”、“昏迷待查”、“腹痛待查”等,而应将可能性较大的诊断名称或需要待排除的疾病,按主次先后排列书写。

五、格式要求

1. 病历纸张规格为27.5×21cm(13开),考虑到目前我省各医院使用的病历规格大小不一的现实情况,各地现有表格用完以后,新印的病历等各种表格均按统一标准印制,逐步达到全省统一。

2. 表格病历只限于产科、神经科、眼科、烧伤科和儿科常见病,其它不准填写表格病历。

3. 家庭病床病人的病历应按住院病历格式、内容书写,不得简化。

4. 各级医师应签全名,冠以专业技术职务。签字部位应为病历的右下部分,签字应公整、清晰可认。

5. 进修医师经过一定时间的观察、考核、能胜任本院住院医师职责者,视情况由科主任提出,医务科或院长批准,可给予处方权,按住院医师书写完整住院病历或住院记录。签名时可签代住院医师×××

6. 病案首页应按卫生部统一格式,统一内容及我省补充内容填写。

六、几点注意事项

1. 严格保持病历的真实性、客观性,如实反映情况、疗效,各种检查结果,严禁主观臆造。

2. 病历内容应前后保持一致,初步诊断应以主诉、现病史、体格检查中的异常体征为基础,不得出现主诉与现病史内容不一致,病史与阳性体征相悖,病史、体检与诊断互相抵触的前后矛盾现象。

3. 初步诊断应能反映病人所患的全部疾病,保持其完整性。内容应包括:病因诊断,病理形态诊断和病理生理诊断。如:①风湿性心脏病,二尖瓣狭窄,心脏扩大,心房纤颤,心功能Ⅲ级;②慢性扁桃体炎;③肠蛔虫病。但在临床上,不是所有的疾病都能很快写出完整的诊断;能查明病因的写出病因诊断,病因不明者,可根据疾病的性质,做出病理解剖诊断或病理生理诊断。如:病毒性肝炎,感染性肺炎,甲状腺功能亢进症等。

4. 如果病人同时患多个疾病,则应分清主次,先写重要的与主诉有关的病名(即本次住院的诊断),其它诊断根据其重要性依次排列,并发病列于主病之后,伴发病排在并发症之后。

(常同钦、王智慧、唐昆泉、周汉卿)

第二章 病历书写的种类内容及格式

第一节 门(急)诊病历书写内容及格式

一、门诊简要病历(俗称:小病历)即目前各医院门诊应用的由病人保管的病历。

二、门诊病历书写要求要认真填写病人姓名、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。

初诊病历具体内容应包括主要病史、体征、实验室检查及诊断仪器检查结果、初步诊断及处理意见。需要复诊者,要注明复诊时间以及需提请复诊医师和病人的注意事项。

复诊病历可重点记录病情、体征变化及治疗效果,实验室及诊断仪器检查的结果初步诊断及继续处理意见。

对一时难以确诊的病人,可写某症状待诊如“发热待诊”、“腹痛待查”等。

接诊医师应签全名。

门诊病历内容格式

病历的一般项目,主要包括姓名、性别、年龄、住址、科别、初诊日期等。

主要病史:简要记录主诉、现病史、既往史以及与本病密切相关的婚姻史、个人史、月经生育史或家族史。

体格检查:简要记录阳性体征及有鉴别诊断意义的阴性体征。

实验室及诊断仪器检查结果

初步诊断

处理意见:1

2

3

医师签名

门诊病历首页

门诊号:33420

姓名	刘×	性别	男	年龄	24岁	婚否	已	职业	电工	籍贯	河南郑州市
临时住址	××厂家属院13栋7号							X线号	01478		
永久住址或工作单位	同上			邮编:450003			心电图号	34002			
初诊科别	内科	初诊日期	1990年7月4日3pm					过敏史	无		
主诉:恶心、腹痛、腹泻2天											
现病史:2天前吃未热剩饭,饭后2小时,突然上腹部及脐周持续性疼痛,阵发性加剧,伴恶心,呕吐5次,均为胃内容物及黄苦水无血液及咖啡色物,继之腹泻,共4次,为黄色稀水样便,无脓血、粘液及里及后重感,无发冷发热,病后进食、进水即吐。服“痢特灵”无效,前来就诊。											
既往史:无饭后反酸恶心、呕吐及黑便史。											
体检:T:36.7℃,BP:14/10kPa(105/75mmHg),急性痛苦病容、舌质及口唇干燥,皮肤弹性稍差,心肺无异常,腹平坦、软、剑突下及脐周围明显压痛,无反跳痛,肝、脾未触及,肠鸣音活跃。											
初步诊断:急性肠胃炎并脱水											
处理意见:留住观察室。											
医师:×××											

26×18.7cm

三、急诊病历书写要求

认真写姓名、性别、年龄、职业、工作单位或住址。

就诊时间：年 月 日 时 分。

意识障碍病人要注明病情叙述者与患者的关系。

主要病史：主诉、现病史、既往史、与本病有关的婚姻、月经生育、个人及家族史、如席汉氏综合症病人的产时大出血、产后停止分乳及停经史，宫外孕病人、闭经史等。

体格检查

体温、脉搏、呼吸、血压、意识状态，瞳孔大小、形态及对光反应等。

主要阳性体征及有鉴别意义的阴性体征。

初步诊断

处理意见

1. 抢救措施：要注明采取具体措施及时间。
2. 必要时应向家属谈明病情及预后（病危通知）。
3. 必要的其他检查及结果（如心电图）。
4. 抢救过程中病情变化及有关会诊情况。
5. 最后处理：住院、转科。
6. 若经抢救无效死亡病人，应写明抢救经过、死亡时间及死亡原因，死亡诊断。

医师签名

病历示例

门诊病历首页

门诊号:23421

姓名	王××	性别	男	年龄	61岁	婚否	已	职业	政工干部	籍贯	河南郑州市
临时住址	河南省委家属院2栋7号							X线号	无		
永久住址或工作单位	省委宣传部				邮编:450003			心电图号	43202		
初诊科别	内科	初诊日期	1990年7月4日8 $\frac{4}{Am}$					过敏史	无		
主诉:发现“血压高”3年,突然晕倒,昏迷1小时。											
现病史:3年前因头痛、头晕到医院就诊,测血压为24/14.7kPa(180/110mmHg)诊为“高血压病”,此后间断服用降压药(不详),症状时轻时重,血压波动于18.7~25.3/12~14.7kPa(140~190/90~110mmHg)1小时前外出锻炼时突然昏倒在地,不省人事,他人发现后急送我院。											
既往史:8年前患“胃溃疡病”已治愈。											
家族史:其父患“高血压病”于2年前死于脑溢血。											
体 格 检 查											
血压:22.7/13.3kPa(170/100mmHg)脉搏:62次/分,呼吸:16次/分,双侧瞳孔等大,约2mm,光反应迟钝,意识不清,压眶上切迹无反应,呼吸深长伴鼾鸣音,心脏无异常,双肺可闻痰鸣音,腹壁脂肪厚,腹软,肝、脾肋下未触及,四肢腱反射消失,无病理神经反射。											
初步诊断:高血压病并急性脑血管病(脑溢血?)。											
处理:8 $\frac{12}{Am}$ 吸氧。											
8 $\frac{13}{Am}$ 吸痰。											
8 $\frac{16}{Am}$ 请神经内科会诊。											
8 $\frac{18}{Am}$ 下口头痛危。											
											医师:×××

26×18.7cm

注:观察室病历书写内容及格式与住院病历同。

第二节 完整住院病历

一般项目

科别、病房、床号、门诊号、住院号、×科第×次入院记录、过敏史、姓名、性别、年龄、籍贯、职业、婚配、民族、入院日期、现在住址、邮编、病史采取日期、联系人姓名、与病人的关系。病史叙述者、联系人住址、电话、可靠程度。

主诉：指主要的痛苦或就诊的主要原因及其经过的时间。

现病史：包括对主诉的进一步阐述(起病情况：时间、诱因、急缓、主要痛苦特点、伴随症状)；疾病的发生、发展和诊疗经过；对日常生活习惯的影响(包括饮食、睡眠、大小便及精神状态和体重等改变)。

既往史：包括：既往健康状况；曾患过的疾病(按发病时间顺序记载，凡与现病有关的疾病，更应详细询问记载)；有无外伤、手术、过敏、急、慢性传染病史或接触史及预防注射史；系统回顾：如呼吸、循环、消化、血液、泌尿生殖、内分泌代谢、神经、肌肉及骨骼系统等。

个人史：包括：出生地及居住地；生活情况及习惯；劳动和职业；精神状态等。

婚姻史：已婚病人应询问记载结婚年龄、爱人健康状况、夫妻感情等。

月经及生育史：成年女病人应询问月经情况，记录方式为：

初潮年龄 $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$ 末次月经日期(或闭经年龄)。

例如：14 $\frac{3\sim5}{28\sim30}$ 1990年6月4日(或50岁)

此外还应询问记载月经量及颜色，有无痛经及白带等。已婚女病人还应记载孕次及产次，生产情况，有无流产、早产、死胎、手术产以及计划生育措施等。

家族史：应询问记载其父母、兄、弟、姐、妹及其子女的健康情况，特别是有无与患者类似的疾病，必要时追问到近亲。

体格检查

一般状况

T: °C P: 次/分 R: 次/分 BP: / kPa(mmHg)必要时记载身高、体位(自动、被动、强迫体位)步态，面容与表情(急性、慢性或特殊病容、表情安静、痛苦、忧虑、恐惧)，意识(清晰、模糊、嗜睡、昏睡、昏迷、谵妄)，检查能否合作。

皮肤、粘膜

颜色(潮红、苍白、发绀、黄染、色素沉着)，水肿，湿度，弹性，出血，皮疹，皮下结节或肿块，蜘蛛痣，溃疡或瘢痕(部位、大小及形态)。

表浅淋巴结

部位(按耳前后、枕后、颌下、颈部、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟、腘窝顺序记载)，大小、数目、硬度、压痛、活动度及表面皮肤情况。

头部及其器官

头颅：大小、形态、压痛、肿块、头发(疏密、色泽、分布)。

眼：眉毛(脱落)，眼睑(水肿，闭合障碍、下垂)，睫毛(倒睫)眼球(凸出、凹陷，运动，震颤，辐辏反射)，结膜(充血、水肿、苍白、出血、颗粒、滤泡)，巩膜(黄染)，角膜(混浊、瘢痕、反射)，瞳孔(大小、形态、对称、对光及调节反射)。