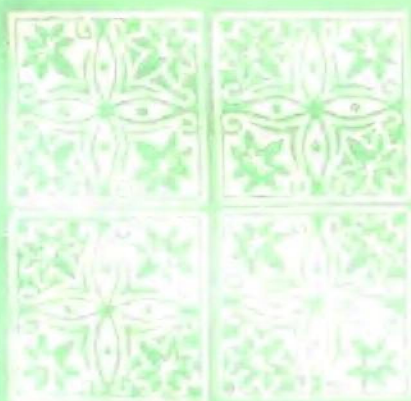


主编 楼方岑

病历示范



23

江苏科学技术出版社

R197.323

9

3

病历示范

主编 楼方岑

1984.12

江苏科学技术出版社



B

698872

内 容 提 要

本书系参照《医疗护理技术操作常规》第三版(1986)有关病历书写的规定,结合临床病例编写。全书共分五章:第一章包括28个专业科的入院记录、入院病历、诊断讨论及诊疗计划、病程记录(包括巡诊记录、手术记录、麻醉记录、阶段小结、交班小结、接班小结、出院记录等)、病案首页、转院记录、死亡报告。第二章包括临床各科会诊、检验、X线、心电图、脑电图、内镜、CT、磁共振、放射性核素等各种诊断、治疗申请单、报告单。第三章包括各专业的门诊、急诊记录。第四章包括各种护理记录。各章先列记录内容与书写要求,后附实例。第五章附录十三种,包括病历书写中应防止的各种错误、常见错别字、中文及外文缩写词、法定计量单位、新版药典西药名称分类、检验正常参考值等。

本书适用于各级临床医师,特别是住院医师及实习医师。

病 历 示 范

楼方岑主编

出版、发行:江苏科学技术出版社

经 销:江苏省新华书店

印 刷:无锡市誉远印刷厂

开本787×1092mm 1/32 印张17.5 插页3 字数565 300

1989年5月第1版 1989年5月第1次印刷

印数1—9000册

ISBN 7—5345—0650—6

R·96

定价:6.10元

编 审 名 录

主编 楼方岑

专业记录编写者、审修者 病案书写 楼方岑 李庆敏 肖奕成
 消化内科 李 石 张贤康 梅长林 呼吸科 邓 琨 叶曜岑
 罗文侗 吴 灿 刘晓於 心血管内科 陈思聪 吴玉祥 陈应中
 崇抗美 老年病 吴玉祥 张国元 卢珊舟 宋 维 血液内科
 钱尚华 黄隆安 李兴生 李艳红 肾及内分泌科 张本立 刘志明
 顾明君 神经科 宰春和 侯辉光 赵 瑛 精神病科 吴萍嘉
 窦林平 皮肤科 邵经政 廖万清 温 海 儿科 李贻桢 王香民
 苏 渊 何 英 戴银菊 传染病科 楼方岑 朱珊珍 瞿 瑶
 中医科 张志雄 殷德燧 朱秋琴 普通外科及肿瘤 郑宝琦
 高 瀚 徐宪虎 高春芳 王来根 麻醉科 宓 桢 矫形外科
 张文明 张文林 李家顺 胸部外科 万国泰 孙耀昌 徐志飞
 泌尿外科 贺宗理 闵志廉 汤荣发 朱有华 神经外科 朱 诚
 陈柏林 白如林 烧伤科 许丰勋 霍正禄 刘 麒 整形外科
 高学书 何清濂 袁湘斌 眼 科 奚寿增 韩志明 朱 莉
 耳鼻咽喉科 吕光宇 胡雨田 钟德南 口腔科 王文崔 孙 弘
 陈必胜 姜晓钟 产科 吴益珍 许鸿博 辜荣飞 方爱华 妇科
 胡仲瑾 龚素一 王海建 检验科 李乃义 王德才 于秀珍
 影像诊断科 杨承荣 张覃泉 CT&MRI 施增儒 李玉伟
 心电图 张国元 陈琴珍 心功能 葛蕊华 神经生理 周 晖
 吴维华 胃肠内镜 李桂生 张兴荣 听力检测 魏新邦 韩志明
 超声检查 彭兆玉 王小涛 刘新华 季金娣 核素检测 沈鉴清
 理疗科 黄宗瑾 病理科 区士欢 王 岚 门诊文件 莫振德
 护理记录 戚佩芳 虞梅影 郭纯琪 张 燕 薛爱金 彭美丽
 周 立 张晓萍 郭凤英 陈 凯 附录 楼方岑 张贤康 罗文侗
 余靖维 霍仲厚 责任编辑 徐 欣

序

病历书写是医疗工作中的重要环节,它是医师对病人情况进行充分的调查研究,即病史询问、体格检查、实验室检查及器械检查的结果,进行综合、分析和整理后写成的记录。在整个诊疗过程中,还须记录其病情变化、治疗效果、各项复查结果、各级有关医师的诊疗意见、会诊建议等内容。完整的病历应该是诊疗工作的一份全面记录和总结。它应具有准确而丰富的调查研究资料,完整地反映诊疗工作的全过程,可供患者以后有病进行诊疗时参考,并为临床教学、医学科研和政法工作提供宝贵的素材和重要依据。此外,完整的病历还深刻地体现着医疗质量和学术思想水平。因此,临床医师必须不断地努力学习,以极端负责的精神和实事求是的科学态度,做好病历书写工作。

病历书写的各项要求,虽有明确规定,但许多临床医师,包括参加临床工作多年的住院医师,对于如何在实际工作中正确体现这些要求与规定,仍感困惑。为此,1982年由第二军医大学附属医院临床各科的部分专业人员进行本书的编写。翌年由临床管理处及附属长征医院先后印发试用,颇受许多医学院校的重视,纷纷函电要求供应。为此,特征求各方意见,对该书进行全面的修改增补,由出版社正式印行。

全书共分五章,第一章是各项住院病历的内容与要求,分列28个专业科的病历,包括入院记录、入院病历、诊断讨论及诊疗计划、病程记录、手术记录、麻醉记录、转科记录、死亡记录、特别记录、病案首页等,为全书的主体;第二章是各专业科的54个门诊、急诊记录,以及各种申请单、转诊单、诊断证明书、住院证、处方等内容;第三章是关于临床各科会诊、检查、治疗申请单和报告单的内容、书写要求和实例;第四章是护理记录。护理病历是一项新事物,体验不够,大家看法还不一致,书中列举的两种不同格式都不够成熟,仅供参考。第五章收载附录13种,我们认为,这对于正确书写病历是必需的。

本书的医学用词、书写格式、基本内容都尽量按《医疗护理技术操作常规》第三版(1986年版)的要求作了统一修改,医学名词参考《英汉医学词汇》及《英汉医学辞典》,个别欠妥的作了修改,如“蜘蛛痣”(vascular

spider)改为“血管蛛”,“耳廓”改为“耳郭”,“视乳头”(optic disc)改为“视盘”。药物名称尽量遵照《中华人民共和国药典》1985年版所定正式名称;新定药名较难掌握者,则以括号注明习用名称,如苯扎溴铵(新洁而灭),以免误解。1982年国家卫生部规定停产停用的127种药物不再采用。

按国务院规定,自1986年起必须采用“法定计量单位”。鉴于实施初期大家对一部分新的计量单位比较生疏,为了便于理解,在新单位后以括号注明旧单位;如血压 16/10.7kPa(120/80mmHg);但红细胞计数 $4.5 \times 10^{12}/L$ (450万/ μl),白细胞计数 $7.0 \times 10^9/L$ (7000/ μl),血红蛋白140g/L (14g/dl)比较简单,则不一一加注。白细胞分类按法定计量单位,采用分数(小数)或绝对值(见附录十一);本书暂用百分数,容今后适当时机更定。

简体字按规定只能采用文字改革出版社1964年出版及1986年修改并重新发表的《简体字总表》的简体字,禁用杜撰简化字。

本书内容虽均来自实际病例,但为了病人的利益,对病人姓名、工作单位、住址、门诊号、住院号等项大多作了更改,各级医师的署名也不是真的。为了适应示范的需要,部分内容也作了一些修改和补充。

本书在编辑过程中,曾得第二军医大学训练部领导,临床管理处以及长征、长海医院有关领导和部分专家、教授的大力支持,修订过程中,承肖奕成、张贤康副教授协助审修与编辑加工,还承霍仲厚同志协助联系,田筱梅医师、陈凯同志协助部分材料的整理、誊清,丁星星同志协助绘图,焦成松医师协助校对。他们对本书的完成,作出了各自的贡献。

楼方岑

第二军医大学附属长征医院

1989.4.1 上海

目 录

第一章 病案书写

第一节	病案书写的一般要求及注意点	(1)
第二节	住院期间病案书写的内容与要求	(2)
第三节	消化内科病历	(12)
第四节	呼吸内科病历	(23)
第五节	结核科病历	(35)
第六节	心血管内科病历	(42)
第七节	血液内科病历	(53)
第八节	肾脏病内科病历	(64)
第九节	内分泌内科病历	(75)
第十节	神经科病历	(86)
第十一节	精神科病历	(104)
第十二节	皮肤科病历	(116)
第十三节	儿科病历	(124)
第十四节	老年病病历	(139)
第十五节	传染病科病历	(152)
第十六节	中医科病历	(170)
第十七节	肿瘤科病历	(181)
第十八节	普通外科病历	(193)
第十九节	矫形外科病历	(210)
第二十节	胸部外科病历	(220)
第二十一节	泌尿外科病历	(230)
附	肾移植外科病历	(244)
第二十二节	神经外科病历	(257)
第二十三节	烧伤外科病历	(269)
第二十四节	整形外科病历	(278)
第二十五节	眼科病历	(288)
第二十六节	耳鼻咽喉科病历	(303)
第二十七节	口腔科病历	(317)
第二十八节	产科病历	(329)

第二十九节	妇科病历.....	(343)
第三十节	病案首页、转院记录及死亡报告.....	(354)

第二章 会诊、检查、治疗申请单及报告单

第一节	临床各科会诊记录.....	(367)
第二节	临床、生化、细菌、免疫及细胞学检验	(369)
第三节	X线检查.....	(372)
第四节	CT、磁共振成像检查.....	(380)
第五节	心电图检查.....	(383)
第六节	无创伤性心功能检查.....	(385)
第七节	脑电图检查.....	(389)
第八节	脑血流图检查.....	(391)
第九节	脑诱发电位检查.....	(392)
第十节	纯音电测听、阻抗测听及眼震电图检查	(394)
第十一节	肌电图检查.....	(397)
第十二节	超声检查.....	(399)
第十三节	肺功能检查.....	(403)
第十四节	纤维内镜检查.....	(406)
第十五节	放射性核素检查.....	(409)
第十六节	X线、镭及放射性核素治疗	(410)
第十七节	物理治疗.....	(412)
第十八节	病理学检查.....	(414)

第三章 护理记录

第一节	体温单.....	(423)
第二节	医嘱本.....	(425)
第三节	医嘱记录单.....	(428)
第四节	特别护理记录单.....	(430)
第五节	病室报告本.....	(433)
附一	中医护理记录内容及要求.....	(436)
附二	中医处方记录单.....	(436)
附三	精神科护理记录内容及要求.....	(437)
第六节	护理病历.....	(437)

第四章 门诊记录

第一节	门诊病案记录内容及一般要求.....	(447)
-----	--------------------	---------

第二节 门诊记录示范.....	(449)
一、内科门诊及急诊记录.....	(449)
二、中医科门诊记录.....	(452)
三、传染病科门诊及急诊记录.....	(452)
四、神经科门诊及急诊记录.....	(454)
五、精神科门诊记录.....	(456)
六、皮肤科门诊及急诊记录.....	(456)
七、儿科门诊及急诊记录.....	(457)
八、普通外科门诊及急诊记录.....	(459)
九、矫形外科门诊及急诊记录.....	(461)
十、胸部外科门诊及急诊记录.....	(462)
十一、泌尿外科门诊及急诊记录.....	(463)
十二、神经外科门诊及急诊记录.....	(464)
十三、烧伤外科门诊及急诊记录.....	(465)
十四、整形外科门诊记录.....	(466)
十五、眼科门诊及急诊记录.....	(467)
十六、耳鼻咽喉科门诊及急诊记录.....	(470)
十七、口腔科门诊及急诊记录.....	(472)
十八、产科门诊记录(产前检查).....	(474)
十九、妇科门诊及急诊记录.....	(476)
第三节 门诊诊疗申请单、记录单、报告单.....	(477)
第四节 转诊单.....	(478)
第五节 诊断证明书.....	(479)
第六节 住院证.....	(480)
第七节 处方.....	(481)

第五章 附录

一 病案管理	(485)
二 医疗统计专用名词的含义	(489)
三 《中华人民共和国药典》(1985年版) 西药名称分类.....	(493)
四 淘汰药品127种.....	(498)
五 计量单位	(500)
六 处方用拉丁词缩写式	(506)
七 常用缩略语	(509)
(一) 英文缩略语	(509)

(二)	中文病名、检查及治疗名词简称.....	(511)
八	希腊字母、罗马数字、常用元素表	(513)
九	医疗护理记录中的常见错误	(515)
十	常见错别字	(518)
十一	临床检验正常参考值	(520)
十二	临床生化检验正常参考值	(526)
十三	简化字表	(546)

第一章 病案书写

病案系病历及其他医疗护理文件的总称。病历包括入院记录、入院病历、病程记录、手术记录、转科记录和出院记录等。

第一节 病案书写的一般要求及注意点

1. 新入院患者的入院记录,由住院医师认真地书写。有实习医师者,除入院记录外,另由实习医师系统书写入院病历。入院病历不可代替入院记录。在病史询问及体格检查时,住院医师应指导实习医师进行。

2. 入院病历及入院记录须在采取病史及体格检查后,经过综合分析、加工整理后书写。所有内容与数字须确实可靠、简明扼要,避免含糊笼统及主观臆断;对阳性发现应详尽描述,有鉴别诊断价值的阴性材料亦应列入。各种症状和体征,应用医学术语记录,不得用医学诊断名词。患者提及以前所患疾病未得确诊者,其病名应附加引号。对本病有关的疾病,应注明症状及诊疗经过。所述各类事实,尽可能明确其发生日期(或年龄)及地点,急性病宜详细询问发病时刻。

3. 入院病历及入院记录除着重记录与本专科有密切关系的病史、体征、检验及其他检查结果外,对于病人所患非本专科的伤病情况及诊疗经过也应注意记录。所有未愈伤病,不论病史久暂,均应列入现病史中;已愈或已久不复发者方可列入过去病史。在列述诊断时,也应将当前存在、尚未痊愈的伤病名称逐一列举,不得遗漏。

属于他院转入或再次入院的患者,均应按新入院患者处理。由他科转入者应写转入记录。由本科另一病区或病室转入者,只需在病程记录中作必要的记载与补充即可。

4. 入院病历及入院记录尽可能于次晨主治医师巡诊前完成,最迟须在患者入院后24小时内完成。如因患者病重未能详查,而在24小时内不能完成入院病历时,则详细病程记录务须及时完成;入院病历可待情况许可时补充。大批收容时,由主任医师酌情规定完成病历的时间。

5. 除产科及大批同类病患者入院外,不可采用表格代替病历;如需用

2 入院病历书写的内容与要求

表格式病历,须经院长批准。

6. 疾病诊断和手术名称及编号暂依《疾病和手术名称分类》书写,有条件的单位,则应逐步采用国际卫生组织出版的《国际疾病名称分类》(最新版),便于统计和分析。所用译名暂以《英汉医学词汇》(人民卫生出版社出版)为准,疾病名称及个别名词如尚无妥善译名者,可用原文或拉丁文。

7. 任何记录均应注明年、月、日。患者的急诊、抢救等记录,应记明时刻。如1985年7月6日下午9时30分,可写作1985-7-6,21:30。医师书写各项病案记录告一段落时,应签署本人姓名,签名应清晰易辨。住院患者的病历应经各级医师审阅。实习医师所写各项病案记录,应由住院医师以红笔修正及签名。修改病历应在患者入院后48小时内完成。修改甚多者,应予誉清。

8. 每张用纸均须填写患者姓名、住院号、科别及用纸次序页数。入院记录、入院病历、及病程记录应分别编排页码。

9. 根据医院具体情况,必要时书写中西医结合病历,于西医病历中增加中医四诊所得资料及中医辨证分析。西医诊断与中医诊断或辨证分型并列。其他医护记录,亦应反映中西医结合情况。

10. 各项记录内容应充实完整,文词简洁确切,通顺易懂。各种记录除另有规定者外,一律用蓝黑笔书写,要求字体端正清楚,不可用草书及杜撰怪字,亦不得涂改和挖补。

(楼方岑)

第二节 住院期间病案书写的内容与要求

一、入院病历

一般项目 姓名、性别、实足年龄、婚否、籍贯(须写明省、市及县别)、民族、工作单位、军兵种、职务或职业及工种、地址、入院日期(急症或重症应注明时刻)、病史采取日期、病史记录日期、病情陈述者(如由患者口述,此项可免记)。

主诉 患者感受最主要的症状或体征及其持续时间(时间短者如急腹症应注明小时数),如“持续发热6天,全身红色斑丘疹3天”。同时患有数种重

要疾病如肺炎、糖尿病、白血病等,应在主诉中分项列出。

不宜用诊断或检验结果代替症状,主诉多于一项时,应按发生时间先后次序分别列出,如“发热、咳嗽、胸痛3天;多饮、多食、多尿、消瘦5月;瘀点、瘀斑、头晕1月。”“间歇性空腹痛2年,柏油样大便1天,尿频、尿急3小时”。

现病史

1. 将症状按时间先后,准确记载其发病日期、起病缓急、发病诱因、每一重要症状发生的时日,及其发展变化的过程。与鉴别诊断有关的阴性症状,亦须记载。

2. 在描述症状中,应围绕重点并求得系统,如描写疼痛应阐明其部位、时间、性质、程度、其他相关因素等。

3. 按系统询问伴同的症状,以免遗漏。

4. 过去检查及治疗情况。

5. 对意外事件、自杀或被杀等经过详情与病况有关者,应力求客观、如实记载,不得加以主观评论或揣测。

6. 书写中西医结合病史时,按中医要求询问有关病史(参考中医科病历要求)。

7. 同时患有多种疾病者,可根据实际情况及记述与理解的方便,分段叙述或综合记录。与本科疾病无关的他科重要伤病未愈仍需诊治者,应分段叙述。

过去史 应记述过去发生过,而目前已治愈或无表现的伤病,如目前仍存在或轻或重的症状、体征及病变,则应从实记明;如为比较重要的伤病,则宜改在现病史中记述。

1. 一般健康状况 健康或虚弱。

2. 急性传染病及皮肤病史 按时间先后顺序记载其疾病发生时间、治疗结果、有无并发症。如无传染病及皮肤病史,亦须将与目前病情有关而未发生的传染病及皮肤病记载于此项中,以备参考。

3. 曾否预防接种,其种类及最近一次接种的日期。

4. 按系统询问有关疾病,包括五官器、呼吸系、循环系、消化系、血液系、泌尿生殖系、内分泌、代谢、神经精神系、运动系(肌肉、骨骼、关节)、外伤、手术史,中毒及药物等过敏史。

个人史

1. 出生地及经历地(特别注意自然疫源地及地方病流行区,注明迁徙

4 入院病历书写的内容与要求

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(包括入伍或参加工作时间、兵种或工种,职务),有无粉尘、毒物、放射性物质、传染病患者等接触史。

4. 月经史 自月经初潮至现在的情况,月经周期和经期天数、闭经年龄,可用下列的简单方式表示:

“初潮年龄 $\frac{\text{每次行经日数}}{\text{经期相隔日数}}$ 闭经年龄” 例如: $16 \frac{3 \sim 4}{30 \sim 32} 48$

并应记明月经来潮时有无疼痛,每次月经量、色泽及其他性状,末次月经日期。

5. 婚姻史 结婚年月,配偶健康情况;如配偶已死亡,记明死亡原因及年份。

6. 生育史 妊娠及生育次数,生产正常否,有无早产或流产、节育、绝育史。

家族史

1. 父、母、兄、弟、姐、妹、子、女的健康状况。如已死亡,记明死亡原因。

2. 遇疑有遗传因素及生活接触因素的疾患时,应问明家族中有无相似患者。对于重要的遗传性疾病,应于充分调查后画出家系图。

体格检查 体格检查应注意光线充分,患者体位舒适,防止受凉,要求手法轻巧、正确,态度和蔼,切忌动作粗暴。检查应全面、系统、循序进行(儿科检查顺序按儿科常规执行);对重危患者,则根据病情重点进行,灵活掌握。男医师检查女患者时,须有第三者在场。

一般状况 体温、脉搏、呼吸、血压(必要时记身高及体重);发育(正常、异常、欠佳);营养(良好、中等、欠佳、消瘦、肥胖);体位和姿势(如屈曲位、斜坡卧位等);面色(如红润、晦暗等);表情(焦虑、痛苦、慢性病容);神志(清晰、嗜睡、半昏迷、昏迷)及言语状态(清晰否、流利否、对答切题否),检查时是否合作等。

皮肤 色泽(正常、潮红、发绀、黄染、苍白),弹性,有无水肿、出汗、紫癜、皮疹、色素沉着、血管蛛、瘢痕、创伤、溃疡、结节;并明确记述其部位、大小及程度等。

淋巴结 全身或局部表浅淋巴结有无肿大,应注明部位(颌下、耳后、颈

部、锁骨上、腋部、肘部及腹股沟部等)大小、数目、硬度、有无压痛及粘连;局部皮肤有无红热、瘰管或瘢痕。

头部

头颅 大小,外形有无改变(如无变化可写正常)。眉发分布,有无疖、癣、外伤、瘢痕、肿块。

眼部 眼裂大小,眼睑及眼球运动,角膜,结膜,巩膜,瞳孔(大小、形状、两侧是否对称、对光反应、调节反应),视野及视力(粗测)。必要时眼底检查。

耳部 耳郭有无畸形,外耳道有无分泌物,耳珠、乳突有无压痛,听力(粗测)。

鼻部 有无畸形、鼻翼扇动、阻塞、分泌物、鼻中隔异常及嗅觉障碍,鼻窦有无压痛。

口腔 呼气气味,口唇色泽,有无畸形、疱疹、微血管搏动、口角皲裂;牙齿有无缺损、龋病、镶补等异常;牙龈有无溢血、溢脓、萎缩、色素沉着;舌苔、舌质、伸舌时有无偏位及震颤;口腔粘膜有无溃疡、假膜或色素沉着;扁桃体大小,有无充血、水肿、分泌物;咽部有无充血及分泌物,咽部反射,软腭运动情况,悬雍垂是否居中,吞咽正常否。

颈部 是否对称,有无强直、压痛、运动受限、静脉怒张、动脉明显搏动、肿块、气管是否正中。甲状腺有无肿大,如肿大应描述其形态、大小、硬度,有无结节、震颤、压痛、杂音等。

胸部

胸廓 形状,对称,运动程度,肋间饱满或凹陷,肋弓角大小,胸壁有无水肿、皮下气肿、肿块或静脉曲张。肋骨及肋软骨有无压痛、凹陷等异常。乳房情况(大小、皮肤性状,有无红肿、桔皮样外观、压痛、肿块等)。

肺脏 视诊:呼吸类型、快慢、深浅,两侧呼吸运动对称否。

触诊:语音震颤两侧是否相等,有无摩擦感。

叩诊:叩诊反响(清音、浊音、实音、鼓音),肺下界位置及呼吸移动度。

听诊:注意呼吸音性质(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,有无摩擦音、

哮鸣音、干罗音与湿罗音。

心脏 视诊：心尖搏动的位置、范围、强度，心前区有无异常搏动及局限膨隆。

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(部位、时间和强度)。

叩诊：左右心界线以每肋间距胸骨中线的厘米数记载(或绘图表示)，并注明锁骨中线至前正中线的距离。

右(cm)	肋间	左(cm)
2.0	II	3.0
3.0	III	4.0
3.0	IV	6.0
	V	8.0

听诊：心率及心律，如节律不齐，应同时计数心率及脉率。各瓣音区心音的性质和强度，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，应注意杂音发生的时间、强度、性质、何处最响、向何处传导等，有无心包摩擦音。

腹部 视诊：呼吸运动情况，腹壁是否对称，有无凹陷、膨隆、静脉曲张、蠕动波或局限性隆起，脐部情况。

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、大小、形态、硬度、触痛、活动度，呼吸运动的影响，有无搏动及波动等。

肝脏 可否触及，如可触及，应记录肝下缘距锁骨中线肋缘及剑突的厘米数。注意肝缘锐钝、硬度，有无压痛，肝肿大时注意有无搏动及肝表面有无结节。

胆囊 可否触及，大小，有无压痛。

脾脏 可否触及。如能触及，应注明其表面光滑否，有无切迹及压痛，硬度如何，脾下缘距锁骨中线肋缘厘米数(垂直径 AB 及最大斜径 AC) 仰卧及侧卧时脾移动度。

肾 能否触及，大小，活动度，有无压痛等。

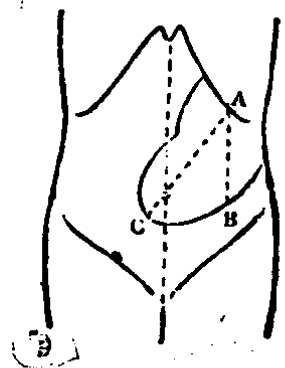


图1 脾脏大小记录法

叩诊: 肝、脾浊音界(上界以肋间计,全长以厘米计),肝、脾区有无叩击痛。腹部有无过度回响,有无移动性浊音。

听诊: 肠蠕动音(正常、增强、减弱、消失)及其音质与频率,有无胃区振水声,肝、脾区有无摩擦音。有无血管杂音,并记录其部位及性质等。

外阴及肛门 阴毛分布;外生殖器发育,有无包茎、尿道分泌物;睾丸位置、大小、硬度,有无压痛,附睾有无结节及肿痛;精索有无增粗、压痛、结节与静脉曲张;阴囊有无脱屑、皲裂及肿胀;如肿胀,当用透照试验,以明确是否鞘膜积液。女性生殖器检查(参见妇科检查)必须有女护士在旁协助,或由女医师检查。肛门:有无外痔、肛裂、脱肛、肛瘘、湿疣等,必要时应行肛门直肠指诊或肛门镜检查。

脊柱及四肢 脊柱有无畸形、压痛、叩击痛;脊柱两侧肌肉有无紧张、压痛;肋脊角有无压痛或叩痛;四肢有无畸形、杵状指趾、水肿、静脉曲张、外伤、骨折;肌肉张力与肌力,有无萎缩;关节有无红肿、畸形及运动障碍;甲床有无微血管搏动;股动脉及肱动脉有无枪击音;桡动脉搏动及血管壁硬度。

神经系 四肢运动及感觉、膝腱反射、跟腱反射、肱二头肌腱反射、三头肌腱反射、腹壁反射、提睾反射、巴彬斯奇征、克尼格征等。

专科情况 如外科病历须写外科情况,其他科如妇科情况、眼科情况等,应重点突出、详尽、真实、系统地描写该专科有关体征。参见各专科病历书写要求。

检验及其他检查 入院后24小时内应完成的主要检验,如血、尿、粪常规检验,以及X线、心电图检查等。入院前的重要检验结果可记录于病史中。

小结 用约100~300字,简明、扼要地综述病史要点、阳性检查结果、重要的阴性结果及有关的检验结果。

初步诊断 入院时主要伤、病已确诊者,可写“诊断”。根据全部病史及初步检查结果,通过综合分析,可作出全部现有疾病的初步诊断,分行列出。其次序依下列原则:主要病在先,次要病在后;本科病在先,他科病在后。主要诊断的可能性不止一项时,选择可能性最大的一项或两项记上。诊断名称先写病名,其次按需要记明类型、部位、侧别;诊断名称较复杂者,可依病因学诊断、病理学诊断、解剖学诊断、病理生理及功能诊断等依次分行列举。初