

病历书写手册

云南省卫生厅医政处编

BINGLI *Shuxie* SHOUCHE

云南科学技术出版社

.323

R197.323

3
3
3

病历书写手册

云南省卫生厅医政处编

云南科学技术出版社



B

257666

责任编辑：陆秀华

封面设计：苏定

病历书写手册

云南省卫生厅医政处 编

*

云南科学技术出版社出版

(昆明市书林街100号)

云南新华印刷三厂印装

*

开本：787×1092 1/32 印张：6.5 字数：147,000

1985年10月第一版 1985年10月第一次印刷

印数：1—35,300

统一书号：14466·1 定价：1.05元

前 言

病历是医务人员记录一个病人疾病诊疗过程的法定文件。它是医院科学管理的重要信息来源，是医疗、教学和科学研究的重要资料。在判明、处理医疗纠纷、医疗事故或某些诉讼案件时，它又具有重要的法律作用。

病历书写质量的高低，直接反映出医疗的管理水平和医务人员的业务素质。一份好的病历，是一个医生医学基础知识、基本技能和文化水平的综合产物。没有严格的要求和必要的锻炼，就很难写出高质量的病历。目前，还有一些医务人员对病历的重要性认识不足，书写病历很不认真，病历质量不高。

为了进一步提高我省各级医院的病历书写质量，我们组织编写了这本《病历书写手册》。“手册”对病历书写和各科病历的格式、内容，各种记录单的填写等提出了具体的要求，并附有示例，望各级医院按此执行。

由于编写时间仓促，错误之处，请批评指正。

云南省卫生厅医政处

一九八四年十一月

目 录

病历书写的基本要求.....	1
完整住院病历的内容与要求.....	4
完整住院病历的格式.....	12
完整住院病历示例.....	15
入院记录的要求与示例.....	22
再次住院病历的要求.....	25
再次住院病历的格式与示例.....	26
病程记录的内容与要求.....	29
病程记录示例.....	31
会诊的要求.....	33
转科记录的要求与示例.....	34
接收记录的要求与示例.....	35
临床病例讨论记录的格式.....	37
交班记录的要求与示例.....	38
接班记录的要求与示例.....	40
麻醉记录的要求.....	42
手术前讨论记录的要求与示例.....	44
手术记录的要求与示例.....	47
出院记录的要求与示例.....	50
死亡记录的要求与示例.....	52
书写医嘱的要求与规定.....	54
处理医嘱的要求与规定.....	57
填写三测单的规定.....	59

护理记录单的填写要求·····	61
病历排列顺序·····	62
住院病历首页的填写要求·····	64
门（急）诊病历的要求与示例·····	65
处方的书写规定与要求·····	69
书写诊断时应注意的问题·····	70
专科病历的书写要求与示例·····	73
传染科住院病历书写要求与示例·····	73
外科住院病历书写要求与示例·····	78
儿科住院病历书写要求与示例·····	97
妇产科住院病历书写要求与示例·····	102
神经内科住院病历书写要求与示例·····	110
精神科住院病历书写要求与示例·····	117
眼科住院病历书写要求与示例·····	123
耳鼻喉科住院病历书写要求与示例·····	129
口腔科住院病历书写要求与示例·····	135
皮肤科住院病历书写要求与示例·····	144
附录一：体格检查的方法和顺序·····	149
附录二：问诊参考提纲·····	164
附录三：医疗常用的外文缩写·····	168
附录四：外科手术切口愈合的统计·····	174
附录五：CT、B型超声显象检查的适应症·····	177
附录六：临床检验正常参考值·····	185

病历书写的基本要求

病历书写的重要性在于它是对疾病的发生、发展的客观、全面、系统的科学记载。它不但对患者疾病的正确诊断与治疗有着现实的指导意义，而且是医疗、教学、科研、预防工作必不可少的客观资料。同时，它也是衡量医疗质量的重要标志，是现代医学的法定文件，是临床医生必须掌握的一项基本技能。因此，书写病历必须采取严肃认真、实事求是的态度，并且需要付出辛勤的劳动，通过长期锻炼，才能不断提高。

病历书写时必须注意下列几点基本要求：

1. 新入院病人的住院病历由住院医师书写，有实习医师或进修医师时，除住院病历外，还应书写完整病历。住院病历和完整病历均应在病人入院24小时内完成。急诊重危病人要求及时书写首次病程记录，待病情许可时随时完成住院病历。

2. 病史采集必须真实、完整、系统。书写病历要求重点突出，条理分明，术语准确，书写正规。

3. 病人的诊断或其他记录内容有更改时，应随时写入病程记录并加以说明，不得随意删改、剪贴原记录。第一次（首次）病程记录必须包括有关诊疗计划的内容（备有诊疗计划单者需另行填写）。

4. 所有记录，一律用蓝（黑）墨水笔书写。要求字迹清楚，语句通顺，文笔简练，标点正确，连贯性好，逻辑性强，卷面整洁。

5. 各种症状、体征，应用医学术语记载，不得用医学诊断名词或普通语言记载。不得用症状或体征代替诊断（如肝脾

肿大、腹内肿块、黄疸、发热等)。

6. 简化字或外文缩写字母一律按国家规定或世界惯例执行,不得自行滥造。

7. 病历首页应按要求逐项完整准确填写。治疗效果(如治愈、好转等)要填写确切。病人出院后由主任医师、主治医师审查并签名。

8. 有药物过敏史者,在病历中应以红水笔清楚注明在醒目处(如贴在病历牌封面上)。此外,还须在病历首页以及门诊病历中用红水笔加以注明。

9. 为保证质量,病历须经上级医师审查修改补充。修改病历一律用红水笔,修改后应签全名以明确责任。修改过多时应重新抄写。上级医师查房后,应负责审查和修改当天的病程记录并签名。

10. 化验单及特殊检查结果报告单应按日期顺序呈叠瓦状粘贴整齐,并在其顶端注明日期及检查项目(结果异常者用红笔),以便查阅。

11. 病历中所有记录每页均应有病人姓名、住院号及页序编号。检验单及特殊检查结果报告单均应清楚填写病人姓名、年龄、性别、住院号及日期。

12. 日期及时间应一律按年、月、日、时的顺序填写。如1984年1月5日9 $\frac{30}{\text{AM}}$ 。不得写成分数,如84.5/1,亦不得只写月、日,而不写年。

13. 病人出院时,主管医师应将住院过程中诊疗概况以及随访要求记录于门诊病历中,以便门诊继续诊察。死亡病历可将门诊病历附于住院病历之后。

14. 医院所有工作人员,均应珍视病历,慎重保管,注

意保密。

15.除产科、眼科、神经科、烧伤科的部分病历可以采用表格式病历书写外，其余各科一律不得采用表格式病历。

完整住院病历的内容与要求

一般项目：姓名、性别、年龄、民族、籍贯、婚姻、职业、工作单位、住址、入院日期、记录日期、病史叙述者、可靠程度。

年龄以周岁计。一周岁以内以月计，一月以内以日计。籍贯应写明省、市及县别。职业应注明工种。急症病人，症状发生至就诊入院的时间应以小时为计算单位。

主诉：促使病人就诊的最主要的症状（或体征）及持续时间。主诉多于一项时，应按其发生的先后分别列出。主诉应简明扼要，能正确反映病情的主要矛盾。

现病史：围绕主诉详细记录从起病到就诊时疾病的发生、发展及其变化经过和诊治情况。主要包括：

1. 起病情况：何时、何地、如何起病，起病的缓急。发病的可能原因和诱因。

2. 主要症状的发生和发展情况：按主要症状发生的先后详细描述，直至入院时为止。包括症状的性质、部位、程度、持续时间、缓解或加剧的因素以及伴随症状。

对慢性病患者及旧病复发患者，应详细记录第一次发作的情况，以后过程中的变化以及最近一次发作的情况，直至入院时为止。

3. 伴随症状：注意伴随症状与主要症状的相互关系及其发生时间、特点和演变情况。与鉴别诊断有关的阴性症状也应记载。

4. 诊治过程：曾在何时、何地就诊，诊断什么病（记录时在病名上应加引号），作过什么重要检查，经过什么治疗，

效果如何，有无不良反应，应重点扼要的加以记录。特殊药物要记明用法、剂量和时间。

5. 一般情况：包括发病后的精神状态、食欲、大小便、睡眠、体力（何时停止工作及卧床）和体重的变化等。

6. 与现病史有关的病史：虽年代久远仍属现病史，如风湿性心脏瓣膜病患者的现病史，应从风湿热初发时开始。

既往史：包括患者过去的健康和疾病情况，预防接种史、传染病史及传染病接触史、外伤史、外科手术史及过敏史。系统地询问病人过去的健康状况，并记录患病时间，有何主要症状，目前病情如何。

系统回忆如下：

呼吸系统：慢性咳喘、咳痰、咯血、发热、盗汗、胸痛史。

循环系统：活动后心悸气促、发绀、胸闷、心前区疼痛、昏厥、风湿热、心律失常、反复浮肿及高血压等病史。

消化系统：食欲、反酸、嗝气、腹胀及与饮食有关的上腹部规律性疼痛、阵发性右上腹绞痛、吞咽困难、黄疸、呕血、黑便、便秘、腹泻史。

泌尿生殖系统：尿频、尿急、尿痛、多尿、血尿、颜面浮肿、高血压、肾绞痛史。生殖器方面病史。

血液系统：慢性失血、出血倾向、乏力、头昏、耳鸣、眼花、黄疸、肝、脾、淋巴结肿大等病史。

代谢与内分泌系统：畏寒、怕热、多汗、心悸、食欲异常、水肿、肌肉震颤、视力障碍、性格改变、智力变化、体重改变、性征改变、烦渴多饮、皮肤、毛发改变等病史。

神经系统：睡眠及记忆、头痛、意识障碍、昏厥、痉挛、抽搐、瘫痪等病史。

运动系统：关节肿痛、畸形、运动情况、肌肉萎缩等病史。

个人史：包括以下几方面：

1. 出生地点、迁居地点及居住时间。尤应注意是否到过地方病或传染病流行区。

2. 生活、饮食习惯，若有烟、酒嗜好，应注明时间和用量。

3. 职业性质、工种、劳动条件、有无毒物接触史。

4. 有无重大精神创伤史。

月经史：记录格式为：

初潮年龄 $\frac{\text{经期日数}}{\text{间隔日数}}$ 闭经年龄（或末次月经时间）

未闭经者，记录末次月经时间、经量多少、颜色、有无痛经、月经不规则或白带等。

婚姻及生育史：结婚年龄、妊娠和生产次数、有无流产、早产、手术产、死产、产褥热史及采取的计划生育措施等。

家族史：父母、兄弟姐妹、子女的健康状况。有无遗传病史，若已死亡则应询问死亡原因及时间（应重点询问高血压、肿瘤、出血、糖尿病、精神病、结核等病史）。有遗传性疾病者，必要时可扩大询问范围并作出家谱图。

体 格 检 查

体温、脉搏、呼吸、血压。

一般情况：发育、营养（良好、中等、不佳），体位（自动、被动、强迫），步态、表情（自如、无欲、忧虑、恐惧），面容（急性病容、慢性病容、特殊病容），神志（清楚、模糊、嗜睡、昏迷），检查是否合作等。

皮肤、粘膜：色泽（潮红、发绀、黄染、苍白、色素沉

着等)，弹性、湿度、水肿、皮疹、瘀斑或瘀点、蜘蛛痣、溃疡、疤痕、毛发分布、皮下脂肪。

淋巴结：肿大者应描述其部位、大小、数目、压痛、硬度、移动度、瘰管、疤痕。

头部及其器官：

头颅：大小、形状、压痛、肿块、头发（色泽、量及分布）。

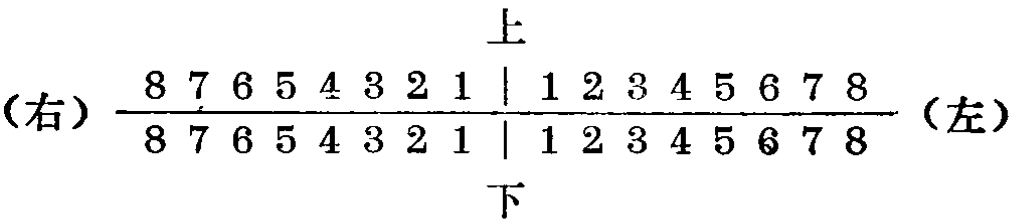
眼：眉毛（脱落）、睫毛（倒睫）、眼睑（下垂、水肿、内、外翻）、睑结膜（苍白、充血、滤泡、颗粒、疤痕）、球结膜（充血）、巩膜黄染、角膜（混浊、溃疡、云翳、白斑、反射）、瞳孔（大小、形态、对称、对光反射、调节反射）、眼球（运动、凸出、凹陷、震颤、斜视）、视力视野及眼底（必要时检查）。

耳：听力、耳廓、外耳道、分泌物、乳突压痛。

鼻：畸形、鼻翼扇动、通气情况、分泌物、出血、副鼻窦压痛等。

口腔：气味，唾液分泌，唇（颜色、色素沉着、疱疹、溃疡、裂隙），齿（缺齿、龋齿、义齿），牙龈发红、肿胀、齿槽溢脓、色素沉着），舌（舌质、苔、乳头、运动、震颤、偏斜方向），粘膜（溃疡、色素沉着），扁桃体（大小、充血、分泌物、假膜），咽（充血、分泌物、肿胀、反射），喉（发音）。

牙齿异常的记录方式：



龋齿 “ $\overline{17}$ ” 表示左上第七齿为龋齿。

缺齿 “ $\frac{4}{1}$ ” 表示右下第四齿为缺齿。

颈部：对称、活动度（软、抵抗感、强直），颈静脉怒张、颈动脉异常搏动，皮下捻发感，气管位置，甲状腺（大小、硬度、压痛、结节、震颤、杂音）。

胸部：胸廓形态（对称、畸形、隆起、压痛、塌陷），静脉曲张，乳房（大小、肿块）。

肺脏：

视诊：呼吸动度、频率、节律和深度（两侧对比），肋间隙增宽或变窄。

触诊：语颤（两侧对比），胸膜摩擦感，皮下捻发感。

叩诊：叩诊音（清音、过清音、浊音、鼓音、实音），肺下界，肺下界移动度。

听诊：呼吸音（性质、强弱、异常呼吸音），语音传导（增强、减弱、消失），干湿性罗音、胸膜摩擦音。

心脏：

视诊：心前区隆起，心尖搏动的部位、范围及强度。

触诊：心尖搏动位置、范围及强度，震颤，心包摩擦感。

叩诊：心脏左右浊音界离前正中线的厘米数如表 1。并注明锁骨中线至前正中线的距离。心脏是否增大。

表 1

右（厘米）	肋 间	左（厘米）
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	

听诊：心率，心律（有心律不齐时详细记述其特点），心音（强度、心音分裂、第三心音、奔马律，开瓣音、 A_2 和 P_2 的强度比较），杂音（部位、强度、性质、时相、传导与体位、呼吸运动的关系），心包摩擦音。

血管检查：

桡动脉：频率、节律，两侧强度是否相等，动脉壁的性质和紧张度，重脉、奇脉、水冲脉、交替脉、脉搏短绌。

周围血管征：

毛细血管搏动征、枪击音、Duroziez氏征。

腹部：

视诊：对称，形状，膨胀（有腹水时进行腹围测量），包块，腹部呼吸动度，腹壁静脉扩张及其血流方向，蠕动波，疝。

触诊：腹壁肌肉紧张度、压痛、反跳痛、肿块（部位、大小、硬度、活动度、压痛），波动感，振水音，膀胱膨胀。

肝：大小、表面光滑度、结节感、硬度、边缘及压痛，肝下缘的位置以平静呼吸的吸气末为准。右叶以右锁骨中线肋下缘至肝下缘若干厘米，左叶以前正中线剑突下至肝下缘若干厘米表示之。肝颈静脉回流征。

胆囊：可否触到，大小，压痛。莫非（Murphy）氏征。

脾：表面光滑度、硬度、边缘、切迹、压痛、摩擦感。脾的大小以吸气时脾的下缘至左肋缘下的垂直距离表示之。巨大脾脏可用图1表示。

肾：可否触到、活动度、季肋点、上、中、下输尿管点、肋脊点、肋腰点压痛。

叩诊：高度鼓音、移动性浊音、肝浊音界、肝肾区叩击痛、膀胱膨胀。

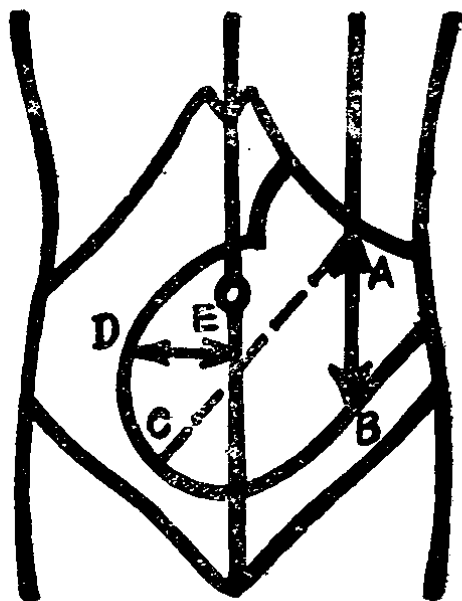


图 1

在脐右侧D—E为+， 在脐左侧D—E为-。

听诊：肠鸣音（增强、减弱、消失）、血管杂音、胎心音。

生殖器：

男性：发育，畸形，炎症，溃疡，包皮（过长、狭窄），阴囊（水肿、积液、湿疹），精索、睾丸和附睾的大小、硬度、压痛，隐睾。

女性：按妇科检查的内容和要求进行（男医生检查时必须要有女医生或护士在旁协助）。

肛门及直肠：痔、脱肛、肛裂、肛痿，视病情需要作直肠指检，注意肛门括约肌的肌力，前列腺是否增大，有无内痔或肿瘤。

脊柱：前凸、后凸、侧凸、僵直、压痛、变形、活动度。

四肢：畸形、杵状指（趾）、静脉曲张、水肿、运动、震颤、肌肉萎缩，骨折、关节情况（红肿、压痛、积液、活动度、畸形、脱臼、骨摩擦音、强直）。

神经系统检查：浅反射：角膜反射，腹壁反射，提睾反射；深反射：肱二头肌、肱三头肌及膝腱、跟腱反射；病理反射：锥体束征：巴彬斯基氏征 (Babinski's Sign)；奥賁汉姆氏征 (Oppenheim's Sign)；戈尔登氏征 (Gordon's Sign)；卡达克氏征 (Chaddock's Sign)；霍夫曼氏征 (Hoffmann's Sign)；脑膜刺激征：颈强直；克尼格氏征 (Kernig's Sign)；布鲁辛斯基氏征 (Brudzinski's Sign)；精神状态；运动、感觉及其他特殊检查，必要时再做。

专科情况：记录专科的特殊情况，如外科情况、妇产科情况，眼科情况、神经科情况等，应突出重点，详尽，真实地描述各科的有关体征。

实验室检查及其他特殊检查：记录入院时所做的检查结果。入院前刚做过的检查可以不再重复，但应注明门诊检查的结果及日期。

病历摘要：扼要地总结病症的主、客观发现、病人姓名、性别、年龄、婚否、入院日期及主诉、现病史、与现病史有关的既往史、个人史和家族史、体检及检验的重要阳性及阴性发现。

诊断与鉴别诊断：列出对本病诊断的主要依据，并提出与有关疾病的鉴别诊断依据。

初步诊断：按疾病的主次列出，与主诉有关的疾病列在前面（写在页中部）。

修正诊断：住院期间确定的诊断如不同于初步诊断时，应修正诊断，并写明修正诊断的日期与签名。

签名：（签全名）住院医师/实习医师