

安徽省卫生厅 编

# 病历书写规范



*BingLi ShuXie GuiFan*  
*BingLi ShuXie GuiFan*

97.323

安徽科学技术出版社

(皖)新登字02号

责任编辑：王颖

封面设计：王国亮

**病历书写规范**

周维海 许占山 主编

\*

安徽科学技术出版社出版

(合肥市九州大厦八楼 邮编：230063)

皖南医学院印刷厂印刷

\*

开本：787×1092 1/32 印张：3.5 字数：6.9万

1991年11月第1版 1991年11月第1次印刷

印数：20 250

ISBN7-5337-0773-7/R·142 定价：1.30元

## 编 委 会

主 编：周维海 许占山

副主编：林元浩 崔可英 权循珍

审稿、撰稿人：马维通 王兆隆 王英卜 冯 林 申乐庭

石祚民 吴 坤 李宗寅 冷志勤 杨相殿

吴恩光 房 彤 周 洸 承大松 宣正荣

钱元太 谈祚龙 夏祥厚 曹士珍 曹永灿

程永福 谢以勤 詹德彬 （以上以姓氏笔画

为序）

俞国华 陈宜亭 王思霞 谈叶群 肖文敏

季一如

## 前 言

病历书写是临床医疗工作中的重要环节，其质量是衡量医院医疗和管理水平的一个标志。一份完整的、合乎要求的病历，既要在内容上如实地反映疾病的变化过程，以及医师对疾病的诊治和预防进行思考、分析的过程，还要在格式上符合基本要求。为了达到这个目标，必须重视和加强病历书写的标准化、规范化建设。

我厅1982年印发了《安徽省病案规范》。自实行以来，它对加速病历书写的规范化、加强医疗护理文书的管理、提高医护质量，都发挥了重要作用，但在使用过程中也发现了一些问题，如某些要求繁琐，与教科书不一致，缺少评定标准等。同时，医学的进步和现代医院管理事业的发展，对病历书写提出了新的内容和要求。因此，我厅委托皖南医学院弋矶山医院对原规范进行了修改和补充，并由我厅组织多次讨论后成书，定名为《病历书写规范》。

这次修订在保持原规范的科学性和完整性的基础上，借鉴并吸取了外省的经验和新版教科书的有关内容，做到了科学、规范、实用。本书与原规范相比，减少了住院病历、入院记录、首次病程录等内容的重复；采取了一些能提高效率的办法，如书写住院病历的上级医师在全面了解病情的基础上，对住院病历作认真修改并签字以示负责后，可免写入院记录。此外，还增加了一些内容，如各专科病历书写要点、责任制护理病历书写要求、住院病历质量评定标准、门诊病

历质量评定标准等。

《病历书写规范》是我省病历书写的标准和检查、考核病历质量的依据，要求县及县以上医院遵照执行，农村中心卫生院和有条件的区镇卫生院可参照执行。本规范在执行过程中可能还会出现新的问题，希注意总结经验，以便今后进一步修订，使之渐臻完善。

在修订过程中，安徽省医院管理学会、省护理学会、省立医院、安徽医科大学附属医院、蚌埠医学院附属医院、省儿童医院及部分地、市卫生局的领导和专家提出了不少宝贵意见，皖南医学院弋矶山医院的领导和专家给予了大力支持，在此谨致谢意。

安徽省卫生厅

# 目 录

第一章	病历书写的基本要求	( 1 )
第二章	病历的内容及要求	( 3 )
	住院病历	( 3 )
	入院记录	( 12 )
	再住院病历(再入院记录)	( 13 )
	门诊病历	( 14 )
第三章	各专科病历的书写要点	( 16 )
	呼吸内科病历	( 16 )
	消化内科病历	( 17 )
	心血管内科病历	( 18 )
	泌尿内科病历	( 19 )
	血液内科病历	( 21 )
	代谢与内分泌科病历	( 22 )
	传染病科病历	( 23 )
	急性中毒病历	( 24 )
	基本外科病历	( 25 )
	腹部外科病历	( 26 )
	烧伤外科病历	( 27 )
	胸外科病历	( 29 )
	泌尿外科病历	( 31 )
	骨科病历	( 33 )
	神经内科病历	( 37 )
	神经外科病历	( 39 )
	精神科病历	( 40 )

妇科病历.....	( 41 )
产科病历.....	( 42 )
儿科病历.....	( 43 )
新生儿科病历.....	( 46 )
眼科病历.....	( 47 )
耳鼻喉科病历.....	( 49 )
口腔科病历.....	( 51 )
皮肤科病历.....	( 53 )
中医科病历.....	( 55 )
康复医学科病历.....	( 57 )
<b>第四章 各种记录的书写要求.....</b>	<b>( 59 )</b>
病程记录.....	( 59 )
轮转交班记录.....	( 61 )
轮转接班记录.....	( 61 )
转科及接收记录.....	( 62 )
会诊记录.....	( 62 )
术前讨论记录及术前小结.....	( 63 )
手术记录.....	( 64 )
术后记录.....	( 65 )
出院记录.....	( 65 )
死亡记录和死亡病例讨论记录.....	( 66 )
病历首页填写要求.....	( 67 )
各种检查报告单贴写要求.....	( 72 )
<b>第五章 护理文件及责任制护理病历的书写要求.....</b>	<b>( 74 )</b>
体温单.....	( 74 )
医嘱单.....	( 76 )
临床护理记录单.....	( 77 )
责任制护理病历.....	( 79 )
护理计划单.....	( 80 )

护理记录单.....	( 81 )
<b>第六章 病历排列顺序</b> .....	( 82 )
在院病历排列顺序.....	( 82 )
出院病历排列顺序.....	( 83 )
<b>第七章 病历质量评定标准</b> .....	( 84 )
住院病历质量评定标准.....	( 84 )
门诊病历质量评定标准.....	( 88 )
<b>附录 1 遗传性疾病患者两系Ⅲ级亲属询问表</b> .....	( 89 )
<b>附录 2 病历书写中常见错别字</b> .....	( 91 )
<b>附录 3 医院常用食物及水果含水量</b> .....	( 93 )
<b>附录 4 责任制护理病历表格</b> .....	( 95 )
<b>附录 5 护理计划单</b> .....	( 98 )
<b>附录 6 护理记录单</b> .....	( 99 )



# 第一章 病历书写的基本要求

病历是医护人员在诊疗工作中的一份全面记录和总结。它既是确定诊断及制定治疗和预防措施的依据，也是总结医疗经验、充实教学内容和进行科研的重要资料；有时还为政法工作提供真实可靠的素材。完整的病历还可深刻体现出医疗质量和学术水平的高低。因此，为了提高病历质量，医护人员必须以极端负责的精神和实事求是的科学态度，严肃、认真地书写病历。

病历书写应遵循以下基本要求：

(1) 病历必须用蓝黑墨水钢笔书写（指定用其他颜色笔填写者除外），内容记述一律用汉字（计量单位、符号以及处方术语的拉丁词缩写等除外）。

(2) 各项记录必须按规定格式认真书写，要求内容完整、真实，语句简练，重点突出，层次分明，字迹清楚，字不出格、跨行，不得随意删划和贴补。

(3) 简化字应按国务院公布的《简化字总表》的规定书写，不得杜撰，避免错别字。

(4) 疾病诊断及手术名称编码依照“国际疾病分类(ICD—9)”书写。译名应以人民卫生出版社出版的《英汉医学词汇》为准；疾病名称等个别名词尚无适当译名者，可写外文原名。药物名称可用中文、英文或拉丁文，但不得用化学分子式。

(5) 各项记录必须有完整日期，按“年、月、日”顺序

填写（如1991.11.27）。必要时应加注时间，按照“小时  
分  
上、下午”方式书写，或用 Am代表上午，Pm代表下午，中  
午12时为12N，午夜12时为12MN。

（6）各项记录结束时必须签全名或盖规定印章，并清楚  
易认。

（7）度量衡单位必须用法定计量单位。

（8）实习医师、进修医师和住院医师书写的各项记录，  
必须经其上级医师审阅，做必要的修改和补充并签名。修改  
和签名一律用红墨水笔。修改过多（每页5处以上）应及时  
重抄。

（9）实习医师、进修医师或低年资（1~2年）住院医  
师书写住院病历，高年资住院医师（或以上医师）书写入院  
记录，一般应在病人入院后24小时内完成。危重抢救病人要  
求及时书写首次病程录，待情况许可时即刻完成住院病历或  
入院记录。

（10）书写住院病历的上级医师在全面了解病情的基  
础上，对住院病历作认真修改、签字以示负责后，该上级医师  
可不必再写入院记录，但必须认真书写首次病程录。住院医  
师书写的入院记录由主治医师或主治医师以上者修改。上级  
医师修改住院病历或入院记录最迟在病人入院后72小时内完  
成。

## 第二章 病历的内容及要求

### 住院病历

#### (一)入院病史的收集

询问病史时要对患者热情、关心、认真负责，取得患者的信任和协作，询问时既要全面又要抓住重点、实事求是，避免主观臆测和先入为主。当病人叙述不清或为了获得必要的病历资料时，可进行启发，但切忌主观片面和暗示。

##### 1. 一般项目

姓名 性别 年龄 婚姻 民族 职业 出生地 现住址 工作单位 身份证号 邮政编码 电话 入院时间 记录时间 病史叙述者（注明可靠程度）。

填写要求：

(1) 年龄要写明岁，婴幼儿应写月或天，不得写“成”、“孩”、“老”等。

(2) 职业应写明具体工作类别，如车工、待业、教师、工会干部等，不能笼统地写为工人、干部。

(3) 地址：农村要写到乡、村，城市要写到街道门牌号码；工厂写到车间、班组，机关写明科室。

(4) 入院时间、记录时间要注明几时几分。

(5) 病史叙述者：成年患者由本人叙述；小儿或神志不清者要写明代诉人姓名及与患者的关系等。

## 2.主 诉

(1)主诉是指患者入院就诊的主要症状、体征及其发生时间、性质或程度、部位等，根据主诉能产生第一诊断。主诉语言要简洁明了，一般以不超过20字为宜。

(2)不以诊断或检验结果为主诉内容(确无症状者例外)。主诉多于一项时，可按主次或发生时间的先后分别列出。

## 3.现病史

现病史是病史中的主体部分。围绕主诉，按症状出现的先后详细记录从起病到就诊时疾病的发生、发展及其变化的经过和诊疗情况。其内容主要包括：

(1)起病时间、缓急，可能的病因和诱因(必要时包括起病前的一些情况)。

(2)主要症状(或体征)出现的时间、部位、性质、程度及其演变过程。

(3)伴随症状的特点及变化，对具有鉴别诊断意义的重要阳性和阴性症状(或体征)亦应加以说明。

(4)对患有与本病有关的慢性病者或旧病复发者，应着重了解其初发时的情况和重大变化以及最近复发的情况。

(5)发病以来曾在何处作何种诊疗(包括诊疗日期，检查结果，用药名称及其剂量、用法，手术方式，疗效等)。

(6)与本科疾病无关的未愈仍需诊治的其他科重要伤病，应另段叙述。

(7)发病以来的一般情况，如精神、食欲、食量、睡眠、大小便、体力和体重的变化等。

## 4.既往史

既往史是指患者本次发病以前的健康及疾病情况，特别

是与现病有密切关系的疾病，按时间先后记录。其内容主要包括：

(1) 既往一般健康状况。

(2) 有无患过传染病、地方病和其他疾病，发病日期及诊疗情况。对患者以前所患的疾病，诊断肯定者可用病名，但应加引号；对诊断不肯定者，简述其症状。

(3) 有无预防接种、外伤、手术史，以及药物、食物和其他接触物过敏史等。

### 5. 系统回顾

按身体的各系统详细询问可能发生的疾病，这是规范病历不可缺少的部分，它可以帮助医师在短时间内扼要了解病人某个系统是否发生过疾病，以及这些已发生过的疾病与本次主诉之间是否存在着因果关系。现病史以外的本系统疾病也应记录。

(1) 呼吸系统：有无慢性咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、气喘史等。

(2) 循环系统：有无心悸、气促、紫绀、水肿、胸痛、昏厥、高血压史等。

(3) 消化系统：有无食欲改变、嗝气、反酸、腹胀、腹痛、腹泻、便秘、呕血、黑便、黄疸史等。

(4) 泌尿生殖系统：有无尿频、尿急、尿痛、血尿、排尿困难、腰痛、水肿史等。

(5) 造血系统：有无乏力、头晕、皮肤或粘膜出血点、淤斑、反复鼻衄、牙龈出血史等。

(6) 内分泌系统及代谢：有无畏寒、怕热、多汗、食欲异常、消瘦、口干、多饮、多尿史，有无性格、体重、毛发和第二性征改变等。

(7) 神经系统：有无头痛、眩晕、失眠、嗜眠、意识障碍、抽搐、瘫痪、惊厥、性格改变、视力障碍、感觉异常史等。

(8) 肌肉骨骼系统：有无肢体肌肉麻木、疼痛、痉挛、萎缩、瘫痪史，有无关节肿痛、运动障碍、外伤、骨折史等。

## 6. 个人史

(1) 出生、成长及居留的地点和时间（尤其应注意疫源地和地方病流行区），受教育程度和业余爱好等。

(2) 起居习惯、卫生习惯、饮食规律、烟酒嗜好及其摄入量，有无其他异嗜物和麻醉毒品摄入史，有无重大精神创伤史。

(3) 过去及目前职业，劳动保护情况及工作环境等。重点了解患者有无经常与有毒有害物质接触史，并注明接触时间和程度等。

(4) 有无冶游史，是否患过下疳及淋病等。

(5) 对儿童患者，除需了解出生前母亲怀孕及生产过程（顺产、难产）外，还要了解喂养史、生长发育史。

## 7. 婚姻、月经及生育史

(1) 结婚与否、结婚年龄、配偶健康情况，是否近亲结婚。若配偶死亡，应写明死亡原因及时间。

(2) 女性患者的月经情况，如初潮年龄、月经周期、行经天数、末次月经日期、闭经日期或绝经年龄等，记录格式如下：

初潮年龄  $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$  末次月经时间（或绝经年龄）

经量、颜色、有无痛经、白带情况（多少及性状）等。

(3) 已婚女性妊娠胎次、分娩次数，有无流产、早产、死产、手术产、产褥热史，计划生育情况等。男性患者有无

生殖系统疾病。

### 8. 家族史

(1) 父母、兄弟、姐妹及子女的健康情况，有无与患者同样的疾病，有无与遗传有关的疾病。死亡者应注明死因及时间。

(2) 对家族性遗传性疾病需问明两系Ⅱ级亲属的健康和疾病情况（参见附录一）。

## (二) 体格检查

体格检查必须认真、仔细，按部位和系统顺序进行，既有所侧重，又不遗漏阳性体征。对病人态度要和蔼、严肃，集中思想，手法轻柔，注意病人反应，冷天要注意保暖。对危急病人可先重点检查，及时进行抢救处理，待病情稳定后再作详细检查；不要过多搬动，以免加重病情。其具体内容如下：

### 1. 生命体征

体温(T) (°C)、脉率(P) (次/min)、呼吸频率(R) (次/min)、血压(BP) (kPa)。

### 2. 一般情况

发育（正常与异常），营养（良好、中等、不良），体位（自主、被动、强迫或辗转不安），步态，面容与表情（急性或慢性病容、表情痛苦、忧虑、恐惧、安静），神志（清晰、模糊、昏睡、昏迷），能否与医师合作。

### 3. 皮肤及粘膜

颜色（潮红、发绀、苍白、黄染、色素沉着），温度，湿度，弹性，有无水肿、皮疹、淤点、淤斑、皮下结节或肿块、蜘蛛痣、溃疡及疤痕，毛发分布情况等；如有，应记述

部位、范围（大小）及形态等。

#### 4. 淋巴结

全身或局部浅表淋巴结有无肿大（部位、大小、数目、压痛、硬度、移动性、瘰管、疤痕等）。

#### 5. 头部及其器官

（1）头颅：大小，形态，有无压痛、包块，头发（量、色泽、分布、秃发及斑秃）。婴儿需记录前囟门大小、饱满或凹陷。

（2）眼：视力（必要时检查），眉毛（脱落、稀疏），睫毛（倒睫），眼睑（水肿、运动、下垂），眼球（凸出、凹陷、运动、斜视、震颤），结膜（充血、出血、苍白、水肿），巩膜（染黄），角膜（透明、混浊、反射），瞳孔（大小、形状、对称、对光及调节反应）。

（3）耳：听力，有无畸形、分泌物、乳突压痛。

（4）鼻：有无畸形、鼻翼扇动、分泌物、出血、阻塞、副鼻窦区压痛。

（5）口：口腔气味，唾液分泌，唇（畸形、颜色、疱疹、皸裂、溃疡、口角偏斜），牙（龋齿、缺齿、义齿、残根，以如下形式标明位置，如：龋齿 $\frac{3}{4}$ ），牙龈（色泽、肿胀、溢脓、出血，铅线），粘膜（发疹、溃疡、出血），舌（形态、舌质、舌苔、溃疡、运动、震颤、偏斜），扁桃体（大小、充血、分泌物、假膜），咽（色泽、分泌物、反射），喉（发音清晰或嘶哑、喘鸣、失音）。

#### 6. 颈部

是否对称，有无强直、颈静脉怒张、肝颈静脉回流征、颈动脉异常搏动、肿块，气管位置，甲状腺（大小、硬度、压痛、结节、震颤、杂音、随吞咽上下活动度）。



## 7. 胸 部

(1) 胸廓 (对称、畸形、局部隆起或塌陷、压痛), 呼吸 (频率、节律、深度), 有无异常搏动、静脉曲张。乳房疾病按乳房检查要求描述。

### (2) 肺脏:

视诊: 呼吸运动 (两侧对比), 呼吸类型, 有无肋间隙增宽或变窄。

触诊: 语颤, 有无胸膜摩擦感、皮下捻发感。

叩诊: 叩诊音 (清音、浊音、实音、过清音或鼓音), 肺下界、肺下缘移动度。

听诊: 呼吸音 (性质、强弱、异常呼吸音), 有无干、湿性罗音及胸膜摩擦音, 语音传导 (注意对称部位) 等。

### (3) 心脏:

视诊: 心尖搏动 (位置、范围、强度), 有无心前区隆起。

触诊: 心尖搏动 (性质、位置、范围、强度), 有无震颤 (部位、期间) 和心包摩擦感。

叩诊: 心脏左、右浊音界 (相对浊音界), 用各肋间距正中线的距离表示, 并在表下注明锁骨中线到前正中线的距离 (表 1)。

听诊: 心率, 心律, 心音 (强度、分裂、 $P_2$ 与 $A_2$ 的比较、额外心音、奔马律), 有无杂音 (部位、性质、时期、强度、传导方向) 和心包摩擦音。

表 1 心脏左、右浊音界记录表

右侧(cm)	肋间	左侧(cm)
	II	
	III	
	IV	
	V	

锁骨中线距前正中线\_\_\_\_cm