

医疗文书

规范与管理

主 编 刘全喜 夏祖昌 蔡聚雨 常同钦

河南科学技术出版社

医疗文书规范与管理

主编 刘全喜 夏祖昌 蔡聚雨 常同钦

河南科学技术出版社

内 容 提 要

《医疗文书规范与管理》是在河南省卫生厅 1993 年编写的《病历处方规范与管理》的基础上, 结合 9 年的试行情况, 参考近年来的最新资料改编而成的。内容包括病历书写概述、病历的种类格式及内容、住院病历示例, 以及处方、护理文书、检查申请报告单书写与病案管理等, 有较强的实用性、完整性、系统性和规范性。本书是临床医务人员书写医疗文书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。

图书在版编目 (CIP) 数据

医疗文书规范与管理/刘全喜等主编. —郑州: 河南科学技术出版社, 2001.10
ISBN 7-5349-2703-X

I. 医… II. 刘… III. ①病案-写作-基本知识 ②病案-管理 IV. R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 066734 号

责任编辑 赵怀庆 责任校对 张小玲

河南科学技术出版社出版发行

(郑州市经五路 66 号)

邮政编码: 450002 电话: (0371) 5724948 5737028

河南明祥印刷有限公司印刷

开本: 787mm × 1092mm 1/16 印张: 29.5 字数: 619 千字

2001 年 10 月第 1 版 2002 年 9 月第 6 次印刷

印数: 22001-24000

ISBN 7-5349-2703-X/R·535 定价: 32.00 元

主 编 刘全喜 夏祖昌 蔡聚雨 常同钦
 副主编 田常俊 江振英 王秀萍
 主 审 唐昆泉 董义光
 编 委 (以姓氏笔划为序)

马厚志	弓小克	王利民	王 芳	王 伟	王左生
王秀萍	王卫民	王豫辉	王清华	王智慧	王传中
王贻宏	王奕琳	方树友	孔芙蓉	牛希华	田常俊
付世珍	冯 华	冯菊梅	冯玉荣	石 定	白金林
江振英	孙玉华	闫文泰	闫淑敏	曲青山	吕路线
吕明栓	朱 辉	朱洪海	刘全喜	刘洪亮	刘劲松
刘慧娟	刘新玲	刘新华	刘海英	乔玉环	乔思杰
来中海	何 艳	李幼辉	李秋玉	李长松	李 苏
李振鲁	李蕴冬	李志明	李卫东	张水军	张建功
张 凯	张文浩	张性浩	张惠云	张新中	宋来军
宋冬萍	宋绣文	宋葆云	吴兰草	肖志坚	杨壁卿
杨树军	杨进献	杨鲲鹏	范素莲	范秋萍	陈芳萍
苟建军	邳共义	孟作仁	孟繁民	周文科	周雅利
和瑞芝	虎 慧	郑献民	赵 鹏	赵 明	赵玉洲
段爱梅	郭悦鹏	唐 苗	唐昆泉	徐恩慧	徐培元
夏祖昌	高铁铮	高建光	高树声	高冀辉	高艳梅
崔文光	韩振兴	常同钦	常燕玲	梁 捷	盛光耀
盛喜玲	黄兴立	蒋雪松	董 薇	董义光	董长江
曾 涛	窦启峰	窦迎丽	程 楠	程全亮	蔡聚雨
蔡宪安	熊 虹	僧国珍	腾俊玲	樊红梅	魏景新

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，在河南省卫生厅 1993 年编写的《病历处方规范与管理》的基础上，结合 9 年来的试行情况和我省各级医院工作实际，进行了补充修订，更名为《医疗文书规范与管理》。

修订后的《医疗文书规范与管理》共分 11 章 92 节 50 万字，表格 148 份。内容包括病历书写概述、病历的种类格式及内容、住院病历示例，处方、护理文书、检查申请单、检查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、住院病历、临床各科病历示例等，具有较强的实用性、完整性、系统性、规范性，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、新乡医学院一附院等单位的有关专家参加了本书的修订工作，在修订过程中，我们广泛征求了全省各有关医院及专业技术人员的意见，认真进行了补充和修改。最后由唐昆泉主任医师、董义光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，不足之处在所难免，我们诚挚地希望同道批评指正。

编者

2001 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 病历书写统一名称	(2)
第三节 采集病史和体格检查的注意事项	(3)
第四节 住院病历的书写规定	(4)
第二章 病历书写的种类、格式及内容	(6)
第一节 门（急）诊病历书写格式及内容	(6)
第二节 完整住院病历格式及内容	(10)
第三节 住院病历格式及内容	(14)
第四节 再次住院病历格式及内容	(15)
第五节 转院病历摘要	(15)
第六节 表格式住院病历	(16)
第三章 各科住院病历书写特点及示例	(31)
第一节 内科住院病历	(31)
第二节 肺结核科住院病历	(39)
第三节 神经内科住院病历	(45)
第四节 精神科住院病历	(54)
第五节 肿瘤科住院病历	(62)
第六节 放疗科住院病历	(68)
第七节 介入科住院病历	(74)
第八节 儿科住院病历（含新生儿病历）	(76)
第九节 中医科住院病历	(89)
第十节 普外科住院病历	(95)
第十一节 胸外科住院病历	(99)
第十二节 骨科住院病历	(102)
第十三节 神经外科住院病历	(103)
第十四节 泌尿外科住院病历	(107)
第十五节 烧伤科住院病历	(111)
第十六节 妇产科住院病历	(120)
第十七节 眼科住院病历	(136)

第十八节 耳鼻咽喉科住院病历·····	(143)
第十九节 口腔科住院病历·····	(148)
第二十节 皮肤科住院病历·····	(153)
第二十一节 医院感染病历登记表填写·····	(155)
第四章 病历中的各种记录·····	(162)
第一节 病程记录·····	(162)
第二节 会诊记录·····	(163)
第三节 转科记录·····	(163)
第四节 交接班记录·····	(163)
第五节 手术同意书·····	(164)
第六节 重要手术审批表·····	(164)
第七节 术前小结·····	(164)
第八节 手术记录·····	(165)
第九节 术后记录·····	(165)
第十节 临床病例讨论记录·····	(166)
第十一节 出院记录·····	(166)
第十二节 死亡记录·····	(167)
第十三节 医嘱单·····	(168)
第十四节 透析记录·····	(169)
第十五节 麻醉同意书·····	(171)
第十六节 麻醉记录·····	(171)
第十七节 输血治疗同意书·····	(172)
第十八节 病案首页·····	(172)
第五章 护理文书书写·····	(187)
第一节 体温单·····	(187)
第二节 护理记录单·····	(188)
第三节 病区患者病情报告·····	(189)
第四节 护理病案·····	(190)
第六章 检查申请单与报告单书写·····	(204)
第一节 检验报告单·····	(204)
第二节 X线检查申请单与报告单·····	(218)
第三节 心电图及心电向量图检查申请单与报告单·····	(230)
第四节 超声波检查申请单与报告单·····	(237)
第五节 脑电图检查申请单与报告单·····	(244)
第六节 ECT检查申请单、预约单与报告单·····	(246)
第七节 肺功能检查申请单与报告单·····	(252)
第八节 内窥镜检查申请单、预约单与报告单·····	(255)
第九节 磁共振成像(MRI)检查申请单与报告单·····	(264)

第十节 病理检查申请单与病理诊断报告单·····	(268)
第十一节 医技科室检查申请单与报告单书写质量考评·····	(284)
第七章 病历书写质量的考评方法与标准·····	(288)
第一节 病历书写质量的考评方法·····	(288)
第二节 门、急诊病历质量考评标准·····	(289)
第三节 住院病历质量考评标准·····	(290)
第八章 处 方·····	(293)
第一节 处方书写的重要性·····	(293)
第二节 处方的类型·····	(293)
第三节 处方的格式与项目·····	(294)
第四节 处方的书写·····	(294)
第五节 处方的评价·····	(297)
第六节 处方的管理·····	(298)
第九章 医院预防保健文书书写·····	(307)
第一节 职工医疗保健病历·····	(307)
第二节 职工医疗保健处方·····	(308)
第三节 定期健康检查·····	(308)
第四节 计划免疫·····	(309)
第五节 疫情报告及管理·····	(310)
第十章 病案管理·····	(321)
第一节 病案管理概述·····	(321)
第二节 病案内容排列顺序·····	(322)
第三节 病案的编号与储存·····	(323)
第四节 病案管理的基本方法·····	(325)
第五节 国际疾病分类 (ICD) ·····	(329)
第六节 病案现代化管理技术·····	(336)
第七节 病案质量管理·····	(339)
第八节 病案管理法规与保密·····	(342)
第九节 医院随访工作·····	(344)
第十节 医院表格管理·····	(345)
第十一节 电子病历 (EMR) 在临床上的应用 ·····	(346)
第十一章 其他医疗文书的书写·····	(349)
第一节 医院各种制剂表格的书写·····	(349)
第二节 医疗器械管理文书的书写·····	(371)
第三节 医疗事故 (纠纷) 鉴定意见书的书写·····	(391)
附录·····	(404)
一、国际制与统一公制计量单位对照表·····	(404)
二、血压单位数值换算表·····	(405)

三、希腊字母、罗马数字·····	(405)
四、常用缩略语·····	(406)
五、临床检验参考值·····	(408)
六、常用人体检验数值新旧单位换算表·····	(430)
七、内科常见疾病名称英汉对照表·····	(436)
八、临床常用计算公式·····	(449)

第一章 病历书写概述

第一节 病历的概念和作用

病历是医务人员对患者疾病的发生、发展、转归,进行检查、诊断、治疗等医疗活动过程的记录。也是对采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患者医疗健康档案。

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住院病历、住院病历。住院病历还应包括病程记录及会诊、转科或手术记录等。

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,也是患者再次患病时诊断与治疗的重要参考资料。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及严谨的医疗作风。

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,病历是有效地保护患者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 病历书写统一名称

为使病历书写规范化,现将病历中名称统一如下:

1. 病历:指患者在门诊、急诊就诊和住院期间的全部诊疗、护理资料。
2. 门诊病历:指患者在门诊就诊时的全部诊疗资料。一般门诊用门诊病历本,住院时提倡写门诊病历并建门诊病历档案。
3. 急诊病历:指患者在急诊就诊时的全部诊疗资料,一般急诊患者用门诊病历本,抢救患者写急诊病历。
4. 急诊观察病历:指患者在急诊就诊时住急诊观察室期间的全部资料。
5. 住院病历:指患者在住院期间的全部诊疗资料,包括完整住院病历、住院病历(即住院记录)。
完整住院病历指由实习医师、进修医师和工作2年以内住院医师书写的系统病历,不用“大病历”、“系统病历”等名称。住院病历:指由工作2年以上住院医师及其以上职称医师书写的病历。不用“入院志”、“住院志”、“住院记录”等名称。当患者再次住院时,应写明“第×次住院病历”,不用“再入院志”、“复入院志”等名称。
6. 病案:指归病案室的病历,是患者住院的全部医疗、护理及各种检查报告单资料等。
7. 入院诊断:指入院时的诊断,不用“初步意见”、“初步诊断”、“印象”(门急诊例外)等名称。诊断暂不能确立时,在诊断病名之后写“?”。
8. 病程记录:分首次病程记录和病程记录,不用“首次病程志”、“病程日志”、“治疗过程”等名称。
9. 交、接班记录:不用“交、接班志”及“交、接班小结”等名称。
10. 转科记录:不用“转出志”、“转入志”等名称。
11. 阶段小结:不用“病程总结”、“病历小结”等名称,每月小结一次。
12. 出院记录:不用“出院小结”、“出院志”、“出院总结”等名称。
13. 死亡记录:不用“死亡小结”、“死亡总结”等名称。
14. 手术记录:不用“手术志”、“手术病志”等名称。
15. 手术同意书:不用“手术协议书”、“手术合同书”等名称。
16. 诊疗意见:不用“诊疗计划”、“治疗计划”、“处理原则”等名称。

第三节 采集病史和体格检查的注意事项

医生应重视患者的陈述,借以获得正确诊断。某种疾病如神经衰弱、精神分裂症等,用物理检查和实验室检查尚难以获取充分的证据,惟有凭借患者所叙述的症状,才能得以做出初步诊断,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患者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,使患者既不拘束又不畏惧,不得轻率嘻笑。对病情应保守秘密,不得将病情或患者隐私随意公开,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,这样常可获得真实的回答。
3. 询问病史时最好由患者自述,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,若患者喋喋不休而谈论的内容与病情无关,应设法引入正题,尽量从患者的叙述中获得较为具体确切的印象。
4. 彻底澄清患者自述中的名词、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。惟有真实的、系统的和完整的临床资料才是建立正确诊断的先决条件和基础。文字应清晰、简明而通畅,使他人易懂。病史中忌用医学术语。

二、体格检查的注意事项

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患者的性格特征、神志状态、言语思维等,借以明了病状的轻重缓急。

对患者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,过劳患者,如须重复第二次检查时,应与前次比较,重视原病变部位及新发病部位的检查。

检查患者时,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患者衣着,愈彻底愈好,除正在检查的部位外,其余部位以衣被遮盖。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

要有模棱两可的记述，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。如慢性心衰患者没有出现下肢水肿；轻度主动脉瓣关闭不全患者，尚未出现周围血管体征等。

第四节 住院病历的书写规定

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。其规定如下：

一、完整住院病历

1. 完整住院病历，即系统住院病历，格式内容见第二章第二节。
2. 完整住院病历由实习医师、进修医师和低年资住院医师书写。
3. 实习医师书写的完整病历，经住院医师审查修改签字后入病案。住院医师另写住院病历。再次入院患者应书写再次住院病历。
4. 进修医师和低年资住院医师（大学本科毕业1年，大专毕业1.5年，中专毕业2年）书写的完整病历，经住院医师修改签字后，住院医师不再写住院病历。

二、住院病历

住院病历是完整病历的缩影。要求简明扼要、重点突出，应能反映疾病的全貌，由高年资住院医师以上职称者书写。

三、时间规定

患者入院后应随时查看患者，询问病史，最长不得超过20分钟。

完整住院病历、住院病历、再次住院病历应在患者入院24小时内完成。急诊患者要立即写出病历，如确因抢救不能完成时，应及时写首次病程记录，待病情允许时再完成住院病历，但不应超过24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、书写规定

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（-）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1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“检查时发现蛋白尿 1 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变××天”。

5. 住院病历中,入院诊断不能笼统地写“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、质量规定

1. 住院病历甲级病历率 $\geq 90\%$,无丙级病历。

2. 患者入院 24 小时没有完成病历书写的,没有三级查房意见、术前讨论、手术记录、手术同意书、术后小结和麻醉记录者不得评为甲级病历,一律定为丙级病历。

六、格式规定

1. 病历纸张规格为 27.5cm $\times$ 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. 扩大表格病历范围,神经内科、神经外科、精神科、肿瘤科、放疗科、产科(正常产)、新生儿科、烧伤科、耳鼻喉科、口腔科、眼科可填写表格病历,表格病历格式见示范病历。

3. 家庭病床患者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,签字应工整、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病历。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。

七、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,入院诊断应以主诉、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. 入院诊断应能反映患者所患的全部疾病,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. 如果患者同时患多个疾病,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),其他诊断根据其重要性依次排列,并发病列于主病之后,伴发病排在并发病之后。

(常同钦 唐昆泉 江振英)

第二章 病历书写的种类、格式及内容

第一节 门（急）诊病历书写格式及内容

一、门诊病历本（俗称小病历）

即目前各医院门诊应用的由患者保管的门诊简要病历。

二、门诊病历

门诊病历在患者需要住院时填写。

门诊病历要认真填写患者姓名、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、初步诊断及诊疗意见。需要复诊者，要注明复诊时间以及需提请复诊医师和患者的注意事项。

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诊疗意见。

对一时难以确诊的患者，可写某症待诊如“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、个人史、婚姻史、月经及生育史、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

诊疗意见：1.

2.

3.

医师签名

三、急诊病历

一般急诊患者用门诊病历本书写，急诊抢救及住观察室的患者写急诊病历，统一编

号入档，保存期 30 年。

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。意识障碍患者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、个人史、婚姻史、月经及生育史、家族史。

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：

诊疗意见：

1. 抢救措施，要注明采取具体措施及时间。
2. 必要时应向家属说明病情及预后的病危通知。
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. 若经抢救无效患者死亡，应写明抢救经过、死亡时间及死亡原因、死亡诊断。

医师签名

门诊病历示例

门诊病历

门诊号：33420

姓名	刘×	性别	男	年龄	24岁	婚否	已	职业	电工	籍贯	河南省郑州市
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：12 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、黏液及里急后重感，无发冷发热，病后进食、进水即吐。服“痢特灵”无效，前来就诊。											
即往史：无饭后反酸恶心、呕吐及黑便史。											
体检：T：36.7℃，BP：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。											
诊疗意见：住观察室。											
医师：×××											

26 cm×18.7 cm