

病历书写 基本规范详解



主 编 韩志海 田 光 孙慧男



科学出版社

病历书写基本规范详解

主 编 韩志海 田 光 孙慧男

编 者 （以姓氏笔画为序）

奂剑波 汪文婧 宋立成

陈丽娜 程 浩

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书根据《病历书写基本规范》《电子病历基本规范（试行）》等相关规范、法规编写而成，详细解读病历分类、病历书写原则及要求等内容，结合临床工作实践中的具体示例进行说明，并详细解释了医疗文书管理等相关规定。

本书可供临床医师、实习医师及病历管理人员阅读参考。

图书在版编目（CIP）数据

病历书写基本规范详解 / 韩志海, 田光, 孙慧男主编. —北京: 科学出版社, 2018. 6

ISBN 978-7-03-057705-4

I. ①病… II. ①韩… ②田… ③孙… III. ①病案—书写规则
IV. ①R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2018）第 123242 号

责任编辑: 李 玫 / 责任校对: 李 影

责任印制: 赵 博 / 封面设计: 吴朝洪

版权所有, 违者必究。未经本社许可, 数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

北京市密东印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2018 年 6 月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2018 年 6 月第一次印刷 印张: 9 3/4

字数: 250 000

定价: 48.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

前言 FOREWORD

病历是指医务人员在诊疗工作中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。病历是医务人员对全部医疗活动收集的资料进行分析、归纳、整理形成的临床医疗工作记录，反映了疾病发生、发展、转归和诊疗情况的全过程，是临床医师进行正确诊断、抉择治疗和制订预防措施的科学依据。同时，病历是具有法律效力的医疗文件，是涉及医疗纠纷和诉讼的重要依据，能够保护医患双方的合法权益。病历既是医院管理、医疗质量和业务水平的反映，也是临床教学、科研和信息管理的基本资料，还是医疗服务质量评价、医疗保险赔付参考的主要依据。因此，书写完整而规范的病历是每个医师必须掌握的一项临床基本功。

自 2010 年 3 月起，全国医疗机构施行卫生部修订完善后的《病历书写基本规范》（以下简称《规范》），以规范病历书写行为，提高病历质量，保障医疗质量和安全。此后，在结合医疗实践的新形势和新特点基础上，又对《规范》的细节进行了修订和完善。因此，根据修订后的《规范》内容，结合《中华人民共和国侵权责任法》《医疗机构病历管理规定》《电子病历基本规范（试行）》《医疗事故处理条例》相关规定，编写本书，以期为医务人员的病历书写工作提供参考。

本书内容包括病历书写基本要求，门（急）诊病历，入院记录，病程记录，处方、医嘱、辅助检查报告单、知情同意书、住院病案首页等书写要求、格式，以及病历管理与质量控制有关规定，并根据海军总医院临床工作实践情况，提供了病历示例。编写过程中参考了《病历书写规范（最新版）》及《病历书写基本规范》中的部分内容，在此谨致谢意。

由于专业背景、能力和精力所限，书中难免存在不妥之处，敬请读者指正。

韩志海 教授
中国人民解放军海军总医院
2018 年 1 月

目录 CONTENTS

第一章 病历书写基本要求	1
第二章 门（急）诊病历书写要求及格式	3
第三章 入院记录书写要求及格式	8
第一节 入院记录的内容要求及书写格式	8
第二节 再次或多次入院记录书写要求及格式	19
第三节 24 小时内入出院记录书写要求及格式	21
第四节 24 小时内入院死亡记录书写要求及格式	23
第五节 入院病历书写要求及格式	25
第四章 病程记录书写要求及格式	34
第一节 首次病程记录书写要求及格式	34
第二节 日常病程记录书写要求及格式	36
第三节 上级医师查房记录书写要求及格式	37
第四节 疑难病例讨论记录书写要求及格式	39
第五节 交（接）班记录书写要求及格式	41
第六节 转科记录书写要求及格式	46
第七节 阶段小结书写要求及格式	51
第八节 抢救记录书写要求及格式	54
第九节 有创诊疗操作记录书写要求及格式	56
第十节 会诊记录书写要求及格式	57
第十一节 术前小结书写要求及格式	59
第十二节 术前讨论记录书写要求及格式	60
第十三节 手术记录书写要求及格式	62
第十四节 术后首次病程记录书写要求及格式	65
第十五节 麻醉前访视记录书写要求及格式	66
第十六节 麻醉记录书写要求及格式	67
第十七节 手术安全核查记录书写要求及格式	69
第十八节 手术清点记录书写要求及格式	70
第十九节 麻醉术后随访记录书写要求及格式	72
第二十节 出院记录书写要求及格式	72
第二十一节 死亡记录书写要求及格式	75
第二十二节 死亡病例讨论记录书写要求及格式	77



第五章 处方、医嘱、辅助检查报告单书写要求及格式.....	80
第一节 处方书写要求及格式.....	80
第二节 医嘱书写要求及格式.....	84
第三节 辅助检查报告单书写要求及格式.....	88
第六章 知情同意书.....	91
第一节 概述.....	91
第二节 知情同意书的履行主体、种类和内容.....	94
第三节 知情同意书示例.....	95
第七章 住院病案首页格式及书写要求.....	133
第八章 病历管理与质量控制.....	137
第一节 概述.....	137
第二节 病历管理相关规定.....	137
第三节 门诊病历质量评定标准（试行）.....	140
第四节 住院病历质量评价标准（试用）.....	142

第一章

病历书写基本要求

国家卫生和计划生育委员会与国家中医药管理局在《医疗机构病历管理规定（2013 年版）》第二条指出：“病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。病历归档以后形成病案。”

该规定第四条进一步明确：“按照病历记录形式不同，可区分为纸质病历和电子病历。电子病历与纸质病历具有同等效力。”

一、病历的分类及组成

1. 病历分类

（1）按种类 分为门诊病历、门诊手册、急诊病历、急诊留观病历和住院病历。

（2）按时间 分为运行病历和出院病历。

2. 病历组成

（1）门（急）诊病历组成

1) 病历首页（手册封面）。

2) 病历记录。

3) 化验单（检验报告）。

4) 医学影像检查资料等。

（2）住院病历组成

1) 住院病案首页。

2) 入院记录：分为入院记录、再次或多次入院记录、24 小时内入出院记录、24 小时内入院死亡记录。

3) 病程记录：包括首次病程记录、日常病程记录、上级医师查房记录、疑难病例讨论记录、交（接）班记录、转科记录、阶段小结、抢救记录、有创诊疗操作记录、会诊记录、术前小结、术前讨论记录、麻醉术前访视记录、麻醉记录、手术记录、手术安全核查记录、手术清点记录、术后首次病程记录、麻醉术后访视记录、出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录、病重（病危）患者护理记录。

4) 知情同意书：包括手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病危（重）通知书等。



5) 医嘱单：分为长期医嘱单和临时医嘱单。

6) 体温单。

7) 辅助检查报告单：包括检验报告、医学影像检查报告、病理报告等各种检查报告单。

二、病历书写的原则及要求

1. 病历书写原则 《医疗机构病历管理规定》（2013 年版）第八条指出：“医务人员应当按照《病历书写基本规范》《中医病历书写基本规范》《电子病历基本规范（试行）》《中医电子病历基本规范（试行）》要求书写病历。”

《病历书写基本规范》第三条规定，病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范，这就是病历书写的基本原则。

2. 病历书写要求

（1）病历应当按照规定的格式和内容在规定的时限内书写完成，并由相应医务人员签名。

实习医务人员、试用期医务人员书写的病历，应当经过本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并签名。进修医务人员由医疗机构根据其胜任本专业工作实际情况认定后书写病历。

（2）病历书写应当使用蓝黑墨水或碳素墨水，需复写的病历资料可以使用蓝色或黑色油水的圆珠笔。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

（3）病历书写应当使用中文，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

（4）病历书写应规范使用医学术语，文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

（5）病历书写过程中出现错字时，应当用双线画在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的病历的责任。

（6）病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用 24 小时制记录。

（7）对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况告知患者近亲属，由患者近亲属签署知情同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署知情同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署知情同意书。

三、打印病历内容及要求

1. 打印病历是指应用文字处理软件编辑生成并打印的病历（如 Word 文档、WPS 文档等）。打印病历应当按照《医疗机构病历管理规定（2013 年版）》的内容录入并及时打印，由相应医务人员手写签名。

2. 医疗机构打印病历应当统一纸张、字体、字号及排版格式。打印字迹应清楚易认，符合病历保存期限和复印的要求。

3. 打印病历编辑过程中应当按照权限要求进行修改，已完成录入打印并签名的病历不得修改。

第二章

门（急）诊病历书写要求及格式

一、门（急）诊病历书写要求

目前，我国的医疗机构已基本实现门（急）诊病历系统电子化，医师在门（急）诊诊疗中，可选择手工书写病历或打印电子病历。电子病历格式与手工书写病历格式要求相似，因此，本章仅就手工书写病历做简单介绍。

1. 门（急）诊病历内容包括门（急）诊病历首页〔门（急）诊手册封面〕、病历记录、检验报告、医学影像检查资料等。

其中，门（急）诊病历首页〔门（急）诊手册封面〕应当包括患者姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、住址、药物过敏史等信息。

2. 门（急）诊病历记录由接诊医师在患者就诊时完成。急诊病历书写就诊时间要求具体到分钟。

3. 门（急）诊病历书写应当使用蓝黑墨水或碳素墨水，需复写的病历资料可以使用蓝色或黑色油水的圆珠笔。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

4. 门（急）诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

（1）初诊病历记录：书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史、阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果、诊断及治疗意见和医师签名等。

1）时间：按 24 小时制，急危重症患者记录到分钟。

2）主诉：扼要记录患者就诊的主要症状及持续时间。

3）现病史：确切记录患者此次就诊的主要病史，要重点突出（包括本次患病的起病日期、主要症状、外院诊治情况及疗效等）。

4）既往史：简要叙述与本次疾病有关的病史。

5）体格检查：一般情况，重点记录阳性体征及有助于鉴别诊断的阴性体征。

6）诊断或初步诊断：如暂不能明确，可在疾病名称后标注“？”。

7）治疗意见：包括进一步检查措施或建议，辅助检查结果；所用药品（药品名称、剂量、用法等）；出具的诊断证明书等其他医疗证明情况；向患者交代的注意事项（用药方法及疗程，预约下次门诊日期，休息方式与期限，生活饮食注意事项，随访要求等）；须向患者或家属交代的病情及有关注意事项，应记录在病历上或者签署知情同意书。对患者需做手术、特殊检查（治疗）时，应请患者及其家属知情同意后在病历上注明意见（或填写有关知



情同意书)并签名,如“同意手术治疗”或“选择保守治疗,拒绝手术治疗”等。

8) 医师签名。

(2) 复诊病历记录:书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

1) 主诉及简要病史:对同专业组、诊断明确且此次就诊为复诊的病历,可在主诉的位置写“病史同前”。现病史重点记录上次就诊后的病情变化情况、药物使用与其他治疗效果,有无药物反应,有无新的症状出现等。

2) 体格检查:重点检查上次所发现的阳性体征及其变化情况,并记录新发现的体征。

3) 辅助检查结果:对上次做的辅助检查报告结果加以记录。

4) 诊断:无变化者可写“同上”或不写,有改变者应写新的诊断。

5) 治疗处理意见及医师签名:同初诊。

5. 患者每次就诊均应书写门诊记录。第一次在某科就诊按初诊病历记录要求;随诊、复诊、取药的门诊记录按复诊病历记录要求。

6. 门(急)诊患者的化验单(检验报告)、医学影像检查资料等在检查结果出具后 24 小时内归入门急(诊)病历。

7. 法定传染病,应注明疫情报告情况。

8. 门诊患者如三次不能确诊者,经治医师应提出门诊会诊,或收入住院诊治,尽快解决诊断与治疗的问题。凡请示上级医师的事项、上级医师的诊查过程或指示,均应记录在门诊病历中。

二、门(急)诊病历格式

(一) 门(急)诊病历首页[门(急)诊手册封面]格式

××省门(急)诊病历

姓 名: _____

性 别: _____

出生日期: _____

民 族: _____

职 业: _____

婚姻状况: _____

工作单位: _____

或 住 址: _____

药物过敏史: _____

(二) 门(急)诊初诊病历记录格式

医院	科
年 月 日 时 分	
主 诉: _____	
现病史: _____	
既往史: _____	
体格检查: _____	
辅助检查: _____	
诊断: _____	
诊疗意见: _____	
_____ (医师签名)	

(三) 门(急)诊复诊病历记录格式

医院	科
年 月 日 时 分	
主 诉: _____	
现病史: _____	
既往史: _____	
体格检查: _____	
辅助检查: _____	
诊断: _____	
诊疗意见: _____	
_____ (医师签名)	



三、门（急）诊病历示例

（一）门（急）诊病历首页〔门（急）诊手册封面〕格式

××市门（急）诊病历	
姓 名：	李 × ×
性 别：	女
出生日期：	1943 年 7 月 3 日
民 族：	汉
职 业：	教 师
婚姻状况：	已 婚
工作单位	××市××区
或 住 址：	××路××号
药物过敏史：	青霉素类

（二）门（急）诊初诊病历示例

××医院	急诊内	科
2016 年 11 月 20 日 22 时 14 分		
反复咳嗽、咳痰 20 年，加重伴气短 2 天。		
患者近 20 年反复出现咳嗽，咳白色黏痰，多于冬春季节加重，经止咳、化痰等对症治疗后病情好转。11 月 18 日患者受凉后上述症状再次加重，伴胸闷、气短，口服氨溴索片治疗，病情无好转，遂来我院就诊。		
无冠心病、高血压病史。		
体温 36.8℃，脉搏 92 次/分，呼吸 22 次/分，血压 126/70mmHg。呼吸急促，口唇无发绀。咽部无充血，双侧扁桃体无肿大。双肺呼吸音粗，双下肺可闻及较多痰鸣音。心界不大，心率 92 次/分，律齐，各瓣膜区未闻及病理性杂音。肝脾肋下未触及。双下肢无水肿。		

续表

初步诊断：慢性阻塞性肺疾病急性加重

诊疗意见：1.心电图，胸部CT。

2.血常规，动脉血气分析，肝功能，肾功能。

3.建议住院治疗（患者拒绝并签字确认）。

4.布地奈德混悬液 1mg + 异丙托溴铵溶液 500 μ g 雾化吸入 $\times$ 3 天。

5.氨溴索 45mg + 0.9%氯化钠 100ml iv bid $\times$ 3 天。

6.休息 3 天，3 天后复诊。

王 $\times\times$

（三）门（急）诊复诊病历示例

$\times\times$ 医院 急诊内 科

2016 年 11 月 23 日 14 时 25 分

病史同前。

经上述治疗后，患者自觉症状稍好转，咳嗽减轻，痰量仍多，气短稍缓解。

一般情况同前。体温 36.4 $^{\circ}$ C，脉搏 88 次/分，呼吸 20 次/分，血压 122/64mmHg。

双肺呼吸音粗，双下肺可闻及痰鸣音，较前略减少。其余体征无特殊。

动脉血气分析：pH 7.38，PaO₂ 78mmHg，PaCO₂ 48mmHg。

血 WBC 6.45 $\times 10^9$ /L，N 0.72。

初步诊断：同前。

诊疗意见：住院治疗。

林 $\times\times$

四、急诊留观记录

急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录，重点记录观察期间病情变化和诊疗措施，记录简明扼要，并注明患者去向。抢救危重患者时，应当书写抢救记录。门（急）诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。

第三章

入院记录书写要求及格式

第一节 入院记录的内容要求及书写格式

入院记录是指患者入院后，由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析书写而成的记录。其可分为入院记录、再次或多次入院记录、24 小时内入出院记录、24 小时内入院死亡记录。

入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后 24 小时内完成；24 小时内入出院记录应当于患者出院后 24 小时内完成；24 小时内入院死亡记录应当于患者死亡后 24 小时内完成。

一、入院记录的内容要求

1. 一般情况 包括姓名、性别、年龄（实足年龄）、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院时间（急危重症患者应记录到分钟）、记录时间、病史陈述者。

2. 主诉

（1）主诉是指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。

（2）主诉应围绕主要疾病描述，简明精练，一般不超过 20 个字，能导出第一诊断。

（3）主诉一般用症状学名词，原则上不用诊断名称或辅助检查结果代替。但在一些特殊情况下，疾病已明确诊断，住院的目的是为进行某项特殊治疗（如化学治疗、放射治疗）者，可用病名，如肺腺癌 1 年，入院第 5 次化学治疗。一些无症状（或体征）的临床实验室、医学影像学检查异常结果也可作为主诉，如查体发现肺结节 2 年或发现血糖升高 6 个月。

（4）主诉症状多于一项时，应按发生时间先后顺序分别列出，一般不超过 3 个。例如，“咳嗽 3 天，发热 1 天”。在描述时间时，要尽量明确，避免用“数天”这种含糊不清的概念。急性起病、短时间内入院时，主诉时限应以小时、分钟计算。

3. 现病史

（1）现病史是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应当按时间顺序书写。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠和饮食等一般情况的变化，以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

1）发病情况：记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因。

2）主要症状特点及其发展变化情况：按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素，以及演变发展情况。

3) 伴随症状: 记录伴随症状, 描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

4) 发病以来诊治经过及结果: 记录患者发病后到入院前, 在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号(“”)以示区别。

5) 发病以来一般情况: 简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便性状、体重变化等情况。

6) 与本次疾病虽无紧密关系, 但仍需治疗的其他疾病情况, 可在现病史后另起一段予以记录。

(2) 书写现病史时应注意下述几点。

1) 现病史描写的内容应与主诉一致。

2) 书写应注意层次清晰, 尽可能反映疾病的发展和演变情况。

3) 凡与本次疾病直接有关的病史, 均应包括在内。

4. 既往史 是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史等。书写既往史时应注意下述几点。

(1) 与本次疾病无紧密关系, 且不需治疗的疾病情况应记录在既往史中, 仍需治疗的疾病情况, 可在现病史后予以记录。

(2) 对患者提供的诊断、手术名称、过敏药物需加引号(“”)。

(3) 手术外伤史应写明因何种疾病做何手术、手术日期、手术结果, 以及外伤日期、部位、程度、诊疗及结果等。

(4) 食物或药物过敏史应写明过敏原名称、发生时间、程度等。

5. 个人史、婚育史、月经史、家族史

(1) 个人史: 记录出生地及长期居留地, 生活习惯及有无烟、酒、药物(用量及年限)等嗜好, 职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史, 有无冶游史。

(2) 婚育史、月经史: 婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间(或闭经年龄)、月经量、痛经及生育等情况。

(3) 家族史: 包括父母、兄弟、姐妹健康状况, 有无与患者类似疾病, 有无家族遗传倾向的疾病。如已死亡, 应记录死亡原因及年龄; 如系遗传病, 应至少询问记录三代家庭成员, 可画家系图谱表示。

6. 体格检查 应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压, 一般情况, 皮肤、黏膜, 全身浅表淋巴结, 头部及其器官, 颈部, 胸部(胸廓、肺部、心脏、血管), 腹部(肝、脾等), 直肠肛门, 外生殖器, 脊柱, 四肢, 神经系统等。书写体格检查应注意下述几点。

(1) 应全面查体, 不能遗漏上述内容。心界及某些阳性体征(如肝脾大、明显的腹部包块等)必要时用图表示。

(2) 必要时检查记录肛门直肠、外生殖器。

(3) 与主诉、现病史相关的查体项目要重点描述, 且与鉴别诊断有关的体检项目应充分记录。

(4) 体检中不能用病名或症状学名词来代替体征的描述, 如不可在体检中写“胸骨后进食时疼痛明显”等。



(5) 记录准确, 用词不能模棱两可, 如不可描述为“心浊音界扩大不明显”“肝脾触及不满意”等。

7. 专科情况 应当根据专科需要记录专科特殊情况。外科、妇产科、口腔科、眼科、耳鼻喉咽喉科等专科需写专科情况, 主要记录与本专科有关的体征, 体格检查中相应项目不必书写, 只写“见专科情况”。专科检查情况应全面, 详细记录与诊断及鉴别诊断有关的阳性及阴性体征。

8. 辅助检查 指入院前所做的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应分类按检查时间顺序记录检查结果, 如是在其他医疗机构所做检查, 应当写明该机构名称及检查编号。辅助检查包括血、尿、粪和其他检验、检查项目, 如 X 线、CT、磁共振、心电图、超声波、肺功能、内镜、血管造影、放射性核素等特殊检查。

9. 初步诊断 是指经治医师根据患者入院时情况, 综合分析所做出的诊断。如初步诊断为多项时, 应当主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。

书写诊断时, 病名要规范, 书写要标准。书写全面, 选择好第一诊断, 分清主次, 顺序排列, 一般是主要的、急性的、原发的、本科的疾病写在前面, 次要的、慢性的、继发的、他科的疾病写在后面; 并发症列于有关疾病之后, 伴发症排列在最后。不要遗漏不常见的疾病和其他疾病的诊断。

诊断应尽可能包括病因诊断、病理解剖部位、病理生理诊断、疾病的分型与分期、并发症的诊断和伴发疾病诊断。有些疾病一时难以明确诊断, 可用主要症状或体征的原因待诊或待查作为临时诊断, 如发热原因待查、腹泻原因待查、血尿原因待查等, 并应在其下注明可能性较大的疾病名称, 如“发热原因待查, 肺结核?”。

10. 医师签名 由书写入院记录的经营医师签名。

二、入院记录书写格式

入 院 记 录	
姓名:	出生地:
性别:	住址:
年龄:	入院时间:
婚姻:	病史采集时间:
职业:	记录日期:
民族:	病史陈述者:

续表

主诉： 现病史： 既往史： 个人史： 婚育史： 家族史：	
体 格 检 查	
辅 助 检 查	
最后诊断：	初步诊断：
上级医师 / 经治医师	经治医师

三、入院记录示例

1. 内科入院记录示例

入 院 记 录	
姓名：李××	出生地：××省××市
性别：男	住址：××省××市××区××路××号
年龄：78岁	入院时间：2016-5-25，17：22：34
婚姻：已婚	病史采集时间：2016-5-25，17：56：03
职业：退休工人	记录日期：2016-5-25，20：14：22
民族：汉	病史陈述者：本人