

内科

主 编 宋友民

实习医师手册

N^{EIKE}
SHIXI YISHI SHOUCHE



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

内科实习医师手册

NEIKE SHIXI YISHI SHOUC

主 编 宋友民

副主编 李晓东 陈振平 马灵筠

编 者 (以姓氏笔画为序)

马灵筠 江开春 李姗姗

李晓东 宋友民 陈振平



人民军医出版社

People's Military Medical Press

北 京

图书在版编目(CIP)数据

内科实习医师手册/宋友民主编. —北京:人民军医出版社, 2005. 11
ISBN 7-80194-972-2

I. 内… II. 宋… III. 内科—实习—手册 IV. R5—62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 105187 号

策划编辑:丁金玉 文字编辑:路 弘 责任审读:余满松

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市复兴路 22 号甲 3 号 邮编:100842

电话:(010)66882586(发行部)、51927290(总编室)

传真:(010)68222916(发行部)、66882583(办公室)

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:三河市春园印刷有限公司 装订:春园装订厂

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:10.25 字数:242 千字

版次:2005 年 11 月第 1 版 印次:2005 年 11 月第 1 次印刷

印数:0001~5000

定价:23.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

电话:(010)66882585、51927252

内 容 提 要

为了提高临床教学质量,帮助和指导实习医师进行临床实习,使理论与实践更好的结合起来,做到学以致用,学用结合,特依据现行教材编写此书。全书共分 15 章,内容包括实习医师职责,病历书写、医嘱与处方的基本内容和要求,呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿系统、血液系统、内分泌系统疾病,风湿性疾病、理化因素所致疾病、神经系统疾病、传染性疾病的诊疗技术操作规程,常用护理技术操作规程和临床检验正常值等。内容简明扼要,便于查阅,主要供临床实习医师使用,也可供低年资住院医师参考。

责任编辑 丁金玉 路弘

前言

医学是一门实践性很强的学科,不仅要求医学生有系统的医学理论知识,还必须
有熟练的医学专业技能。因此,实习阶段的医学生应重点培养实际操作技术。加强
医学生临床实习是提高其临床诊治水平和工作能力的重要环节。

内科学是临床医学的重要组成部分,是临床学科的基础,搞好内科临床实习对其
他各科的实习是重要的基础。为进一步提高内科临床实习的教学质量,我们组织了
河南科技大学、新乡医学院、郑州澍青医学高等专科学校等具有多年临床工作和教学
经验的老师编写了这本书,旨在为医学生进行内科实习提供指导。本书共 15 章,包
括三个主要部分:第一部分为实习医师职责、道德规范和病历书写要求;第二部分为
内科各系统常见病及多发病的诊断和处理原则,以及危重病人的抢救和诊疗措施;第
三部分即附录部分介绍了内科临床常用检验参考值。

本书是编者在总结多年积累的临床诊治经验和教学经验的基础上,结合国内外
内科学诊治领域最新研究成果编写而成的,充分体现了科学性、实用性与系统性。力
求使本书不仅适用于高等医学院校和医学专科学校内科实习医师使用,还可供广大
住院医师和进修医师学习和参考。

尽管我们在编写时已经做了很大努力,由于经验不足和时间仓促,如有疏漏和错
误之处,希望广大读者提出意见和指正。

宋友民

2005 年 7 月 23 日

目 录

第 1 章 实习医师职责	(1)
第一节 实习医师行为准则	(1)
一、实习医师守则	(1)
二、实习医师的道德要求	(1)
第二节 实习医师工作职责	(2)
一、门诊工作	(2)
二、病房工作	(2)
三、病人入院后 24h 内应完成的工作	(3)
第 2 章 病历书写	(4)
第一节 病历书写的意义和要求	(4)
一、病历书写的重要意义	(4)
二、病历书写的基本要求	(4)
三、病历档案的排列顺序	(5)
第二节 病历书写的内容及格式	(6)
一、门诊病历书写内容及格式	(6)
二、急诊病历书写内容及格式	(6)
三、完整住院病历书写内容及格式	(6)
四、住院病历书写内容及格式	(9)
五、再次住院病历书写内容及格式	(9)
第三节 病历中的各种记录	(10)
一、病程记录	(10)
二、会诊记录	(10)
三、转科记录	(10)
四、转院病历摘要	(10)
五、交接班记录	(11)
六、出院记录	(11)
七、死亡记录	(11)
八、手术同意书	(11)
九、病历首页	(11)
第 3 章 医嘱与处方的基本内容 & 要求	(12)
第一节 医嘱	(12)
一、内容	(12)
二、种类	(12)
三、处理方法	(13)

四、注意事项·····	(13)
第二节 处方·····	(13)
一、类型·····	(14)
二、格式与项目·····	(14)
三、书写·····	(14)
四、评价·····	(15)
五、管理·····	(15)
第4章 呼吸系统疾病·····	(17)
第一节 支气管炎·····	(17)
一、急性支气管炎·····	(17)
二、慢性支气管炎·····	(17)
三、慢性阻塞性肺气肿·····	(18)
第二节 慢性肺源性心脏病·····	(19)
第三节 支气管哮喘·····	(20)
第四节 支气管扩张·····	(23)
第五节 慢性呼吸衰竭·····	(24)
第六节 肺炎·····	(26)
一、肺炎球菌性肺炎·····	(26)
二、葡萄球菌性肺炎·····	(26)
三、军团菌肺炎·····	(27)
四、支原体肺炎·····	(28)
第七节 肺脓肿·····	(28)
第八节 肺结核·····	(29)
第九节 结核性胸膜炎·····	(32)
第十节 自发性气胸·····	(33)
第5章 循环系统疾病·····	(35)
第一节 心力衰竭·····	(35)
一、慢性心力衰竭·····	(35)
二、急性心力衰竭·····	(38)
第二节 心律失常·····	(38)
一、窦性心律失常·····	(38)
二、过早搏动·····	(39)
三、阵发性室上性心动过速·····	(40)
四、阵发性室性心动过速·····	(41)
五、心房颤动·····	(41)
六、房室传导阻滞·····	(43)
第三节 高血压病·····	(43)
第四节 冠状动脉粥样硬化性心脏病·····	(46)
一、心绞痛·····	(46)

二、心肌梗死	(48)
第五节 风湿性心内膜病	(51)
一、二尖瓣狭窄	(51)
二、二尖瓣关闭不全	(52)
三、主动脉瓣狭窄	(53)
四、主动脉瓣关闭不全	(53)
第六节 亚急性感染性心内膜炎	(54)
第七节 原发性心肌病	(55)
一、扩张型心肌病	(55)
二、肥厚型心肌病	(56)
三、限制型心肌病	(56)
四、致心律失常型右室心肌病	(57)
第八节 病毒性心肌炎	(57)
第九节 心搏骤停和心脏性猝死	(58)
第6章 消化系统疾病	(60)
第一节 急性胃炎	(60)
一、急性单纯性胃炎	(60)
二、急性糜烂性胃炎	(60)
第二节 慢性胃炎	(61)
第三节 消化性溃疡	(62)
第四节 溃疡性结肠炎	(63)
第五节 肝硬化	(64)
第六节 肝性脑病	(66)
第七节 原发性肝癌	(67)
第八节 上消化道大出血	(69)
第7章 泌尿系统疾病	(71)
第一节 急性肾小球肾炎	(71)
第二节 急进性肾小球肾炎	(72)
第三节 慢性肾小球肾炎	(73)
第四节 肾病综合征	(73)
第五节 泌尿系感染	(74)
第六节 慢性肾功能不全	(75)
第8章 血液系统疾病	(77)
第一节 缺铁性贫血	(77)
第二节 巨幼细胞贫血	(77)
第三节 再生障碍性贫血	(78)
第四节 溶血性贫血	(80)
第五节 急性白血病	(81)
第六节 慢性白血病	(83)

第七节 淋巴瘤	(83)
第八节 恶性组织细胞病	(84)
第九节 特发性血小板减少性紫癜	(85)
第9章 内分泌系统疾病	(86)
第一节 甲状腺功能亢进	(86)
第二节 糖尿病	(88)
第10章 风湿性疾病	(92)
第一节 系统性红斑狼疮	(92)
第二节 类风湿关节炎	(93)
第11章 理化因素所致疾病	(96)
第一节 急性有机磷农药中毒	(96)
第二节 急性一氧化碳中毒	(97)
第12章 神经系统疾病	(99)
第一节 周围神经疾病	(99)
一、三叉神经痛	(99)
二、面神经麻痹	(99)
三、延髓麻痹	(100)
四、坐骨神经痛	(101)
五、急性炎症性脱髓鞘多发性神经病	(101)
第二节 急性脊髓炎	(102)
第三节 急性脑血管病	(103)
一、短暂性脑缺血发作	(103)
二、脑梗死	(104)
(一)脑血栓形成	(105)
(二)脑栓塞	(106)
三、脑出血	(107)
四、蛛网膜下隙出血	(109)
第四节 癫痫	(110)
第五节 单纯疱疹病毒性脑炎	(113)
第六节 结核性脑膜炎	(114)
第七节 肌肉疾病	(115)
一、重症肌无力	(115)
二、周期性瘫痪	(116)
第八节 帕金森病	(117)
第九节 偏头痛	(118)
第13章 传染病	(120)
第一节 乙型病毒性肝炎	(120)
第二节 流行性乙型脑炎	(122)
第三节 流行性出血热	(123)

第四节 麻疹·····	(125)
第五节 流行性腮腺炎·····	(126)
第六节 狂犬病·····	(126)
第七节 霍乱·····	(127)
第八节 流行性脑脊髓膜炎·····	(127)
第九节 猩红热·····	(128)
第十节 细菌性痢疾·····	(129)
第 14 章 诊疗技术操作规程 ·····	(131)
第一节 动脉血压测定·····	(131)
一、上肢动脉血压测定 ·····	(131)
二、下肢动脉血压测定 ·····	(132)
第二节 腹腔穿刺术·····	(132)
第三节 超声导向细针肝脏穿刺术·····	(134)
第四节 腰椎穿刺术·····	(135)
第五节 脊髓穿刺术·····	(136)
第六节 心室腔内穿刺术·····	(137)
第七节 胸腔穿刺术·····	(138)
第 15 章 常用护理技术操作规程 ·····	(139)
第一节 一般护理技术·····	(139)
一、热水袋使用方法 ·····	(139)
二、热湿敷法 ·····	(139)
三、乙醇擦浴法 ·····	(140)
四、冷湿敷法 ·····	(140)
五、冰袋使用法 ·····	(141)
第二节 给药注射法·····	(141)
一、皮内注射法 ·····	(141)
二、皮下注射法 ·····	(142)
三、划痕法 ·····	(142)
四、肌内注射法 ·····	(143)
五、静脉注射法 ·····	(143)
六、静脉输液法 ·····	(144)
附录 临床检验正常值 ·····	(146)
一、血液检验 ·····	(146)
(一)一般检验·····	(146)
(二)血栓与止血的检验·····	(146)
(三)骨髓检验·····	(147)
二、体液检验 ·····	(147)
(一)尿液检验·····	(147)
(二)脑脊液(CSF)检验 ·····	(148)

(三)精液检验·····	(149)
(四)前列腺液检验·····	(149)
(五)胃液检验·····	(149)
三、生化检验·····	(149)
(一)蛋白质测定·····	(149)
(二)糖测定·····	(149)
(三)离子测定·····	(149)
(四)血清酶测定·····	(150)
(五)肝功能测定·····	(150)
(六)非蛋白氮类化合物·····	(151)
(七)血脂测定·····	(151)
(八)血气分析及 pH 值测定·····	(151)
四、临床免疫学测定·····	(151)
(一)非特异免疫功能测定·····	(151)
(二)免疫球蛋白测定(成人)·····	(152)
(三)补体测定·····	(152)
(四)细胞免疫功能测定·····	(152)
(五)甲胎蛋白(AFP)·····	(153)
(六)人绒毛膜促性腺激素(HCG)·····	(153)
(七)乙肝病毒(HBV)检测·····	(153)
(八)流行性出血热 IgM 类抗体测定·····	(154)
(九)AIDS 病毒(HIV-1)抗体检测·····	(154)
(十)梅毒血清学检查·····	(154)

第 1 章 实习医师职责

第一节 实习医师行为准则

一、实习医师守则

1. 具有为医疗事业献身的精神,为提高医疗卫生水平和维护患者健康做出自己的贡献。
2. 遵守医院的各项规章制度。服从医院和带教老师的安排,积极参加医院的公务性劳动。
3. 进入医院要注意衣冠整洁、端庄,态度礼貌、和蔼,接待患者和家属热情、可亲。保持病房、门诊和值班室的清洁卫生。
4. 树立全心全意为患者服务的高尚精神。工作认真、负责,除协助上级医师完成医疗工作以外,应积极参加护理工作和作好患者及家属的思想工作。
5. 努力学习、刻苦钻研,掌握基本的临床医疗知识和操作技能,理论联系实际。
6. 实习期间要做到眼勤、口勤、手勤和腿勤;在病房和门诊实习时要注意说话轻、走路轻、动作轻和保持安静。勿在病房等场所大声喧哗、说笑。
7. 病房实习期间,每天最少 2 次以上巡视所负责患者,及时了解病情变化和治疗反应;在上级医师的带领下,参加病房值班。
8. 养成勤俭节约的美德。爱护公物,厉行节约,杜绝浪费,借用物品应及时归还,损坏物品应按规定赔偿。贵重设备,未经允许不得擅自动用。
9. 尊重各级医师、护士及其他工作人员;同学之间要团结互助,互谅互让。
10. 严格遵守工作纪律。应提前半小时到达病房,上班时间坚守工作岗位;不能提前下班,如抢救患者或未完成医疗工作时应继续上班,待工作全部完成后方能下班。
11. 严格遵守请假制度。因事不能上班者应办理请假手续,未经请假而擅自离开工作岗位或未按时接班者,作为旷课处理。请假 1 天以内,应经带教老师同意,请示科室批准;请假 1~7 天应经带教老师同意,请示科室主任,并报医务科批准;请假 7 天以上,尚须请报学院领导批准。

二、实习医师的道德要求

1. 救死扶伤,尽职尽责。在实习期间时刻为患者着想,千方百计为患者解除痛苦。做到收集病史详细、全面,体格检查仔细、系统,记录准确、及时,并密切观察和向上级医师汇报患者的病情及与病情有关的情况。在上级医师的指导下,及时完成各种检查和治疗方案的实施。积极参加危重患者的抢救,全力以赴挽救患者的生命。

2. 一视同仁,真情待患。尊重患者的人格和权利,对不同民族、性别、职业和地位的患者,均应一视同仁。要举止端庄,沉着冷静。对患者要热情、态度和蔼,以取得患者及家属的信任。

3. 语言规范,使用文明用语,不要信口开河,切忌呵斥患者及家属。尊重患者的隐私权,对患者生理缺陷、异常行为及病史应给予严格保密,不能将之作为笑料摆谈。

4. 刻苦钻研,虚心求教。熟悉基本的理论知识和诊治措施,并在实习期间努力学习,丰富自己的临床知识和经验。对自己不熟悉的临床诊疗工作,应虚心向上级医师和其他医护人员求教,切忌不懂装懂。

5. 尊敬师长,团结协作。实习医师应将医院内的各级医护人员作为自己的老师,做到礼貌、虚心服从其指导,协同完成医疗任务和提高医疗质量。实习医师之间应在实习过程中相互关心、帮助,积极协助抢救危重患者,随时交流实习经验。

第二节 实习医师工作职责

一、门诊工作

在临床实习期间,实习医师应参加部分门诊和急诊工作,并在上级医师指导下接诊患者,但不准单独对患者进行诊治。根据患者的病情询问病史,进行体格检查。申请做一些必要的常规检查;在上级医师认可的条件下,申请特殊检查。对患者的临床资料进行综合分析,提出初步诊治意见,由上级医师进行复核和修改后,写入门诊病历、开出处方,并与上级医师共同签字,即×××(上级医师)/×××(实习医师)。

对于急诊和危重患者,实习医师要积极配合上级医师和医护人员进行检查和抢救。要密切观察患者的血压、脉搏、心率、呼吸情况,在上级医师的指导下给予吸氧、输液、输血及急救药物等处理;应密切观察病情变化,准确记录,及时向上级医师汇报。

二、病房工作

实习医师进入病房后,应遵守病房的管理制度,凡与诊疗有关的工作均应在上级医师指导下进行。

1. 每日应提前半小时到达病房,对所负责的患者进行巡视检查。按时参加病房医护交班,每天跟随上级医师查房,至少上、下午各1次,节假日上午查房1次。

2. 每位实习医师分管4~6张病床,应密切观察自己负责的患者的病情变化,了解其饮食及大小便情况,生活习惯,性格特点,情绪状态,并及时书写病程记录。

3. 每名实习医师在各病房实习期间应接收4~8位患者,并完成4~8份病历。当普通患者入院后,应在上级医师指导下,于2h内完成询问病史、体格检查和医嘱,并于24h内完成普通病历书写。急症危重患者入院后,应立即询问病史,进行认真的检查,并及时处理。男性实习医师检查女性患者时必须要有第三者在场。

4. 一般患者的病程记录每1~3d记录1次;重症患者要每天记录,危重患者要随时记录;对住院时间较长的患者每月需进行1次病程小结。

5. 在主任、主治医师每次查房或请科外或院外会诊时,负责床位的实习医师应主动陪同,报告病史、阳性体征、各种化验结果及治疗经过和治疗反应,并提出自己或本组医师的诊疗意

见。查房后应及时记录查房或会诊意见。

6. 患者入院后,3d之内每天测量血压2次,以后每周至少测量1次。对高血压患者应每天测量血压1~2次。危重患者应随时测量血压。根据病情的需要,定期复查血、粪、尿常规,申请必要的其他检查项目。陪同患者进行特殊检查,如影像检查、心电图及超声检查。

7. 参加病房夜间和节假日的值班工作。值班时应经常巡视病区内患者病情,如发现病情变化应立即报请上级医师共同处理和抢救。

8. 积极参加所在科室组织的有关病历分析、临床病例讨论、学术报告、死亡病例讨论以及尸体解剖工作等。如上述内容属于自己所负责的病历,必须做好有关的记录。

9. 在上级医师的指导下进行各种检查申请单、会诊单、转科记录、出院记录等医疗文件的书写,对于死亡病例应于24h内完成死亡记录的书写,并请上级医师审核签字。

10. 应经常对所负责患者的病历按规定的次序进行整理,检查病历有无遗漏并及时完善,正规粘贴各种化验单。

11. 患者出院后,应于24h内将其病历仔细复核一遍,按规定的出院病历次序进行排列,填写首页中属于自己填写的内容并签名,然后交上级医师审查和签名。

三、病人入院后24h内应完成的工作

1. 当普通患者入院后,应在上级医师的指导下,于2h内完成询问病史、体格检查和诊疗医嘱,并于24h内完成普通病历的书写。急诊危重患者入院后,应立即询问病史,进行认真的检查,并及时处理。

2. 向患者及其陪伴介绍医院的有关规章制度和作息时间,留取标本的方法、时间及其注意事项等。

3. 在上级医师指导下开具医嘱,针对病情进行有关的处理。

4. 完成血、尿、粪三大常规的化验检查。

5. 根据患者病情,报请上级医师批准进行有关特殊检查,如X线检查、心电图检查、各种穿刺检查等。

6. 向患者进行适当的解释工作,以消除其对疾病的顾虑,建立信心,配合诊疗。

(宋友民)

第2章 病历书写

第一节 病历书写的意义和要求

一、病历书写的重要意义

病历书写是临床医疗工作的重要环节,是记录患者病情和诊疗过程的档案。病历记录了患者疾病的发生、发展、诊治经过及医学检查的结果等,是临床诊疗的主要依据,故准确的书写和保管病历具有十分重要的意义。此外,病历书写具有以下重要作用。

1. 病历书写的质量反映临床医疗工作的质量及医院管理水平的高低。
2. 病历书写是临床基本功训练的重要环节,是实习医师临床工作考核的重要内容。
3. 准确的病历书写可为临床医学研究提供有价值的资料。
4. 患者在转科、会诊、转院及随访时,其既往病历可为进一步的诊疗提供重要的参考资料。
5. 在医疗纠纷、事故鉴定及疾病判定时,病历记录是重要的证据。

二、病历书写的基本要求

1. 病历的书写应该在患者入院后当天或 24h 内完成。
2. 要全面而客观地收集病历资料。
3. 病历书写必须遵照一定的规范和顺序,不能擅自更改项目或将次序颠倒。病历首页的一般项目,如姓名、性别、年龄等,均必须逐项填写,不得遗漏。
4. 病历的绝大部分采用蓝黑墨水钢笔书写,不能用圆珠笔写。药物过敏者,应在病历首页药物过敏栏内用红笔书写过敏药物的名称。
5. 病史的记录一般采用倒序累计法书写,由远而近层次分明,如 10 年前咳嗽、咳痰,5 年前出现呼吸困难,1 年前出现双下肢水肿。
6. 书写内容必须严谨、仔细、客观,切忌张冠李戴、左右上下错位。文理应通顺,语言应简明,具有科学性;层次应分明,既全面而又突出重点。
7. 疾病和药物均应使用统一规范的命名。对于患者所叙述的症状和疾病名称,应以医学术语进行描述,不能照患者所叙述语言进行转录。对患者所叙述的疾病和药物,应加用引号标出。
8. 文字和标点符号应采用国家规定通用的简体文字,切忌使用错别字和不准确的标点符号。不能使用不规范的外文代号、杜撰的词语或缩略语,如肺结核不能写为“肺 TB”、青霉素不能写为“PNC”等。应该使用法定的计量单位,或在法定计量单位后用括号附上其他计量单

位,如重量单位用克(g)或千克(kg),容积单位应用毫升(ml),长度单位应用厘米(cm)等。

9. 病历的各项记录均要注明记录日期,急、危重患者的记录尚应注明记录时刻。病历的每一页均应标明患者的名字,住院号及页码。

10. “初步诊断”应自病历纸的中线向右书写,另起一行再向右错2格书写疾病名称,再另行向右错2格签名。修正诊断的格式与此相同,但应注明修正时间。

11. 字迹应端正清楚,以保持病历的整洁清晰,不得任意进行涂改或剪贴。

12. 对上级医师修改过多、书写内容存在严重的遗漏或错误者,应重新书写。

13. 病历完成后,书写者必须签名,并且注意签名应用正楷书写全名,字体清晰可辨。不得用草书或外文签名,也不得用姓代替全名。

14. 患者出院以后回报的各种检查报告单,应交护士送病案室入档。

三、病历档案的排列顺序

病案各部分的排列顺序,应以日期先后为准,但因使用目的不同,病房病历和病案室病历排列顺序基本相反。

1. 病历在病房的排列顺序

(1)体温单(按日期倒排)。

(2)长期医嘱单(按日期倒排)。

(3)临时医嘱单(按日期倒排)。

(4)完整住院病历。

(5)住院记录。

(6)病程记录。

(7)麻醉(体外循环)记录、手术记录(2次以上手术者要按日期顺序排列)。

(8)会诊记录(按日期排)。

(9)各种检查记录及报告单,(X线、病理、心电图、B超、CT等)。

(10)病历首页。

(11)门诊病历。

(12)行政文件。

(13)护理记录。

2. 病历在病案室的排列顺序

(1)病案卷首(第一次入院可省去)。

(2)出院总结(即病历首页)。

(3)病历第一页及续页(实习医师写的病历经上级医师修改后放在住院医师写的病历后面)。

(4)病程记录。

(5)会诊记录。

(6)麻醉记录(含体外循环记录)。

(7)手术记录。

(8)手术同意书。

(9)中医处方记录。

- (10)长期医嘱单(按日期顺序排)。
- (11)临时医嘱单(按日期顺序排)。
- (12)各种检查单(按日期顺序排)。
- (13)体温单(按日期顺序排)。
- (14)护理记录(按日期顺序排)。
- (15)液体出入量记录(按日期顺序排)。
- (16)入院证。
- (17)尸体解剖申请单、尸体病理解剖报告书。
- (18)随访来往信件、外调证明信等。

第二节 病历书写的内容及格式

一、门诊病历书写内容及格式

门诊病历俗称小病历,即各医院门诊应用的由患者保管的病历,具体可分为初诊病历与复诊病历。其主要内容及格式如下:

- 1. 一般项目 主要包括姓名、性别、年龄、住址、科别、初诊日期等。
- 2. 主要病史 简要记录主诉、现病史,既往史以及与本病密切相关的内容和婚姻史、个人史、月经生育史、家庭史。
- 3. 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。
- 4. 实验室及诊断仪器检查 简要记录检查结果。
- 5. 初步诊断 对难以确诊的患者,可写某症状待诊,如“发热待诊”、“腹痛待查”等。
- 6. 处理意见 包括用药及有关治疗措施等。
- 7. 医师签名 接诊医师应签全名。

二、急诊病历书写内容及格式

- 1. 一般项目 包括姓名、性别、年龄、职业、工作单位或住址等。
 - 2. 就诊时间 包括年、月、日、时、分。
 - 3. 主要病史 包括主诉,既往史,与本病有关的婚姻史、月经史、生育史、家族史等。
 - 4. 体格检查 包括体温、脉搏、呼吸、血压、意识状态,瞳孔的大小、形态及对光反应,主要阳性体征及有鉴别意义的阴性体征等。
 - 5. 初步诊断 (略)。
 - 6. 处理意见 ①抢救措施要注明采取的具体措施及时间;②必要时应向家属讲明病情及预后(病危通知);③必要的其他检查及其结果;④抢救过程中病情变化及有关会诊情况;⑤最后处理如住院、转科;⑥若经抢救无效死亡,应写明抢救经过、死亡时间及死亡原因、死亡诊断。
- 医师签名:签全名。

三、完整住院病历书写内容及格式

- 1. 一般项目 科别、病房、床号、门诊号、住院号、某科某次入院记录、过敏史、姓名及其性