**宁夏医科大学实习医生病历书写规范**

一、前言

**（一） 病历的定义**

病历包括门（急）诊病历和住院病历。它是关于患者疾病发生、发展和诊治及转

归的有系统的记录，是临床医生对诊治疾病过程中所获得的信息进行分析、整理、归

纳、综合后，书写或打印而成的档案资料。简言之，病历就是临床工作的记录。

**（二） 临床工作的种类**

按形式分类：接诊、查房、会诊、讨论、开医嘱、操作、手术等。

按目的分类：

1、收集资料——通过问诊、查体和辅助检查了解患者情况或基本事实的过程。

2、分析资料——运用医学知识、临床经验和临床思维，对收集到的资料（病史、

症状、体征、辅助检查结果）进行解释，进而得出诊断、判断预后的过程。

3、临床决策——在分析资料的基础上拟定诊疗计划的过程。

4、实施决策——将诊疗计划落实到患者身上的过程，如手术、用药、检查、护

理等。

要写好病历，首先要做好这些临床工作。临床工作做好了，写病历就有了材料，

再加上一定的临床思维和文字表达能力，写病历就不难了。

**（三） 病历的主要作用**

病历在医疗、教学、科研、医院管理、医疗保险、医疗诉讼等方面都具有重要作

用，目前在以下两方面的作用尤为突出。

1、医疗方面

保证医疗工作连续进行，没有病历的医疗工作将难以进行。有助于提高医疗质

量，书写使思维更加严密。

2、证据方面

病历是医疗诉讼的书证，是保险公司支付医疗费用的根据，是诊疗工作的凭据。

我们每天书写病历实际上就是在制作证据。病历既是医疗质量的保证，又是医疗质量

的证明。

- 243 -

病历作为医疗诉讼中的证据起着非常重要的作用。医院举证不能通常有四种情

况：①病历丢失；②病历虚假（伪造或涂改），不能成为定案根据；③内容不全或错

误无法说明问题；④确实存在医疗过错。

可见，医院要想在医疗诉讼中立于不败之地，首先要保证医疗质量没有问题，其

次要保证病历能够充分反映出医疗质量没有问题。而病历由于具有上述两方面的作

用，其在医疗诉讼中的重要性就是可想而知的了。

二、基本要求

**（一） 形式上的基本要求**

1、文字：字要清楚易认；词要恰当准确；句要通顺易懂、无歧义；段要层次分

明、条理清楚；标点符号要正确。病历要保证他人可以正常阅读，而无需书写者在一

旁解释。

2、患者身份识别资料：病人常常可以是同名同姓的，甚至性别、年龄、疾病、住

的病房也相同，为了不至于混淆，一定要将病人的身份识别资料记录清楚。一般来

讲，姓名加上住院号或门诊号就可以确定一个病人。因此，任何一页记录上都要有病

人的姓名和住院号，而且要仔细核对，不能有错。

3、记录时间：病历中的时间一律用 24 小时表达法。下午 2 点记录为 14：00，不

记成 2PM。夜间 12 点记录为 0 点。0 点表示下一天的开始。任何一次记录都应先写明

记录时间。

4、医生签名：任何一次记录都要有记录者签名。签名要清楚，不得模仿、不得代

替。实习学生书写的记录必须让带教老师检查、修改并签字。

以上四个方面是病历书写的基本前提，任何记录都应满足这四个条件：可读的文

字、病人的身份、记录的时间和记录的医生，使阅读者知道所写的内容是什么

（what）、是关于谁的（whom）、何时所写（when）及何人所写（who）。

**（二）内容上的基本要求**

病历的内容可以概括为以下四类：①通过各种手段收集到的病情资料或基本事

实，包括病人的一般情况（身份识别资料和心理社会情况等）、病史、症状、体征和

辅助检查；②关于诊断的内容，即对资料进行分析的过程和结果，包括诊断、鉴别诊

断、诊断依据、病情分析、预后判断等；③关于临床决策的内容，包括各类知情同意

书（有些决策需要患方同意或参与）、诊疗计划和医嘱（医嘱是诊疗计划的详尽体

- 244 -

现）；④关于临床决策实施过程的内容，如手术记录、操作记录、抢救记录等。客

观、真实、准确、及时、完整是对记录内容的基本要求。

1、客观：是指任何记录都要有依据。病史、症状的依据是病人的陈述；体征的依

据是医生感官的感知；辅助检查结果的依据是辅助检查的原始报告；诊断和预后的依

据是病史、症状、体征和辅助检查；治疗的依据是诊断、预后、病人意愿、病人的经

济情况以及有关法规等。

2、真实：病历要保持原始真实性。在医疗诉讼中，病历一旦被发现失真，便不能

被作为证据。故意造成病历失真（即伪造）者还可能受到处分，甚至被追究刑事责

任。为了应付检查而随手代替签字，为诊断符合而修改以前的诊断，或者涂改、刮除

原始记录都会使病历的真实性受到破坏。医生在书写过程中难免会出现错误，这时按

照规定进行修改是允许的，但是不可以涂改。当医生修改自己书写的记录时：①用原

笔双横线划在写错的字上，不能用涂抹、粘贴、刮擦等方法去除或掩盖原来的字迹；

②改动仅限于个别不重要的笔误，重要处不能改动，不能作实质性的改动；③改动处

不能太多。当上级医师修改下级医师记录时：①用红笔；②注明修改日期并签名；③

要保持原记录清楚、可辨；④修改后不应引起误解，不应产生歧义和矛盾；⑤问题过

多者应当另写记录。

3、准确：任何记录内容都要准确，这是不言而喻的。要注意用词的准确性，尽量

避免使用“无明显……”、“未触及肿大”、“……等”、“尚可”等词。还要注意

同一内容在不同处记录时的一致性：如医生与护士的记录、手术记录与术后记录、辅

助检查与病程记录、医嘱与病程记录、出院记录与病历内容、首页与病历内容等。另

外要注意做到“三一致”，即：医嘱与报告单一致，医嘱开了的检查要有相应的报

告；医嘱与病程记录一致，重要医嘱病程记录要反映，说明为何做这项检查或治疗；

报告单与病程记录一致：重要的辅助检查报告病程记录中要记录并分析。

4、及时：各种记录尽早完成，后面提到的各种记录的规定完成时间是最长时限。

因抢救未能及时书写记录者应在抢救结束后 6 小时内补记，并加以注明。

5、完整：首先是记录形式上的完整，如：患者身份、记录时间、记录者签名等。

内容上完整的总体要求是，一份病历应该能够看出：①病人到医院时是什么情况，包

括病史、症状、体征和辅助检查；②住院期间的诊治过程（诊断、检查、用药、手术

等）和病情变化；③出院时是什么情况，包括还存在的症状、体征和异常的辅助检查

- 245 -

结果；④应该告知的内容（病情、医疗措施、医疗风险等）。

三、门（急）诊病历

**（一） 门急诊病历的组成：**

1、首页（手册封面）

2、记录内容

3、辅助检查报告

4、医学影像检查资料

**（二） 门急诊病历首页的内容：**

1、患者身份识别资料：姓名、性别、出生年月、民族、婚姻状况、职业、工作单

位、住址；

2、医学警示内容：过敏史等。

**（三） 记录内容：**

初诊：

就诊时间（年月日，急诊到分）

科别

病史（主诉、现病史、既往史）

阳性体征和必要的阴性体征

辅助检查结果

诊断

治疗处理意见

医师签名

复诊：

就诊时间

科别

主诉、病史

必要的体格检查

辅助检查结果

诊断

治疗处理意见

- 246 -

医师签名

**（四） 完成时间**

门诊病人流动性大，各种记录都要在就诊时即时完成。

四、住院病历

住院病历由四部分组成：1.接诊时的记录，包括一般病历、入院记录、再次入院记

录、24 小时内入出院记录、24 小时内入院死亡记录等五种；2.住院期间的所有记录，

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、抢救记

录、会诊记录、手术记录、手术安全核查记录、手术清点记录、麻醉术前访视记录、

麻醉记录、麻醉术后访视记录、病理资料、辅助检查报告、护理记录、医嘱单、体温

单、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查（治疗）同意书、病

危（重）通知书等；3.病人离开医院时的记录，包括出院记录或死亡记录和死亡病例讨

论记录；4.住院病案首页。实习医师可以书写一般病历和日常病程记录。

**（一） 一般病历**

一般病历是患者入院后接诊医生通过详细问诊、全面查体并结合当时收集到的辅

助检查资料进行分析综合，得出初步诊断之后整理书写而成的关于病人当时病情的全

面系统的病历形式。一般病历由实习学生书写，须于患者入院后 24 小时内完成。

一般病历的内容包括：

一般项目

病史

主诉

现病史

既往史（含系统回顾）

个人史（含月经史、婚姻史、生育史）

家族史

体格检查

辅助检查

病历摘要

初步诊断

医师签名

- 247 -

1、一般项目：一般项目的内容包括姓名、性别、年龄、职业、民族、婚姻状况、

出生地、入院时间、记录时间、病史陈述者等十项。

2、病史：病史包括主诉、现病史、既往史（含系统回顾）、个人史（含月经史、

婚姻史、生育史）和家族史。

（1）主诉：主诉是促使患者就诊的主要症状（或体征）及其持续的时间。主诉应

体现患者住院的主要目的或想要解决的主要问题。

提炼主诉可以按照如下步骤进行：①问诊、查体、收集辅助检查资料。②分析临

床资料，得出初步诊断，搞清楚病人患有哪些病，患过哪些病，依据是什么。③用这

些病去解释临床资料，解释不了的给出待查诊断。④确定主要诊断，根据主要诊断提

炼主诉，主诉应当是主要疾病的症状或体征，没有症状或体征者可以选择异常辅助检

查结果。⑤诊断明确、为进行维持性化疗或放疗者主诉中可以用病名。但有症状、体

征、异常辅助检查结果或存在并发症者，主诉中不用诊断名词。

提炼主诉之后应该判断一下主诉是否合适。主诉应该与主要疾病吻合，应能提示

主要疾病的急慢性、进展性、归属性和严重性。如：“咳嗽伴发热 3 天”，提示可能

是急性呼吸系统感染性疾病，可能不是很重。“多饮多尿伴消瘦 15 年，浮肿 2 年，恶

心厌食 5 个月”，提示为慢性病，逐渐进展，现病情较重；可能是糖尿病，且可能已

经并发糖尿病肾病；恶心厌食则提示可能近期并发了酮症或感染。“头晕头痛 10 年，

加重 2 天，意识丧失 1 小时”，提示慢性病急性加重，可能是高血压，最近加重，并

发脑出血。将主诉与主要诊断比较，主诉提示的上述特性应与主要疾病的特点吻合或

基本吻合，否则应重新考虑主诉。另外，主诉应当精练，用尽可能少的语言，只要能

达到提示主要疾病的目的即可。

（2） 现病史：现病史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，围绕主诉进行描写。病史是一般病历中的重点，而现病史又是病史中

的重点。病史书写的好坏很大程度上取决于病史采集的好坏。

病史采集（问诊）的步骤：①自我介绍，明确称呼，自由交谈，使病人产生舒

适、安全、信任的感觉；②给病人时间谈他的病情，以大体了解其主要症状和此次住

院希望解决的问题，以听为主，适当提问，不要过多干预；③对已经了解到的主要症

状进行系统深入的提问，扩展已知，弄清尚未完全清楚的问题。

现病史询问的六个要素：①起病情况；②主要症状的特点；③主要症状发展演变

- 248 -

的过程；④伴随症状；⑤诊治情况；⑥起病后一般状况。

起病情况包括起病的时间、地点、环境、诱因、缓急、患者当时的状态、前驱症

状等。

主要症状的特点，可参考下面**几**个方面进行提问：①部位；②放射性；③性质；

④数量（程度）；⑤持续时间；⑥发作频度；⑦加重因素；⑧缓解因素；⑨伴随症

状；⑩对功能的影响。对每一症状都应重复询问这些方面的情况，一次把一个症状询

问彻底，不要一个症状只问了一点又转问另一个症状。有些症状不一定具备所有这些

方面的特点，如乏力就没有部位。询问时要特别注意症状的进展情况。

诊治情况包括：①何时何处就过诊；②做过何种检查及检查结果；③诊断；④治

疗：包括药物和手术（如重要药物的名称、用量、用法；手术的名称、效果、病理

等）。

起病后一般情况，指起病后的精力、体力、食欲、睡眠、大小便等，不是指伴随

症状。伴随症状应写到主要症状的后面。

要区别现病和既往病的概念。现病是指现在尚未痊愈、需要处理的外伤或疾病；既

往病是指以前患过，现已痊愈或仅留有无需处理的后遗症的伤病。现病记录于现病史，

既往病记录于既往史。同时患有多种现病者，现病史要分段叙述。如某病人患有慢性支

气管炎、肺气肿、肺心病、尿路感染、糖尿病、急性腰扭伤，此次因急性腰扭伤入院，

那么主诉就应该是急性腰扭伤的症状，现病史应当分四段来写，第一段是急性腰扭伤的

病史，其他三段分别为尿路感染，慢支、肺气肿、肺心病和糖尿病的病史。慢支、肺气

肿、肺心病可以作为一个病写在一起。后三段病史的顺序按轻重排列。

（3）既往史：首先记录预防接种史、传染病史、过敏史（药物、食物等）、手术

史、外伤史、输血史以及过去的健康状况及患过的疾病，然后对八大系统的常见症状

进行系统回顾。八大系统包括：呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿生殖系统、造

血系统、内分泌系统及代谢、神经精神系统和肌肉骨骼系统。

（4）个人史（包括月经史、婚姻史和生育史）：个人史通常包括出生地、迁徙

史、生活习惯、嗜好、职业、工作条件、冶游史等。女性患者要询问月经史，可按如

下格式记录：

- 249 -

行经期（天数）

初潮年龄—————————末次月经时间（绝经年龄） 行经周期（天数）

酌情记录月经的量、色以及有无血块、痛经、白带等情况。婚姻史应记录结婚年

龄、配偶等情况。生育史可按“孕 n 产 n 流产 n”的格式记录。

（5）家族史：

1）主要家庭成员的健康状况，有否患过类似疾病。主要家庭成员指父母、兄弟

姐妹或子女。若已死亡，应记录死亡年龄和原因。

2）传染性疾病，如肝炎、结核等。

3）家族性疾病、有遗传倾向的疾病，必要时绘出家系图。

3、体格检查：

（1）按系统、有重点，以望、触、叩、听顺序进行；

（2）与诊断有关的体征应详细描述，主诉和病史中提到症状者，症状的部位也要

详细描述；

（3）体征的部位、范围、特点等描写要具体，要善于运用方位名称和体表标志；

（4）不要含糊笼统，如“生理反射正常，病理发射未引出”；

（5）不能用诊断性名词，如血肿、肿瘤、带状疱疹、骨折、刀刺伤等；

（6）包块大小用径线描述，如“5×6 cm”或“5×6×7cm”，不应记录为“5×

6cm2”或“5×6×7cm3”。

4、辅助检查：指书写记录时所能收集到的（入院前和入院后 24 小时内的）、与

本次疾病相关的辅助检查结果。应当写明检查日期、医院、检索号（如病理号、CT

号、X 线号）和报告内容。影像学报告应当抄录其描述和结论，不能只记录结论。外

院和门急诊的重要报告应复印保留在病历中。

5、病历摘要：病历摘要应以初步诊断为纲，将支持诊断的病史、症状、体征和异

常辅助检查结果和具有鉴别诊断意义的阴性结果，高度概括地记录下来。

6、初步诊断：

（1）现患重要疾病均应诊断，不能只诊断本科病，不诊断他科病。

（2）每项诊断要有依据，这些依据能够在病史、体格检查和辅助检查以及病历摘

要中找到。反之，病史、体格检查或辅助检查中有依据的诊断不能遗漏。

（3）诊断应完整，尽量包括病因、病理解剖、病理生理（或功能诊断）、分型、

- 250 -

分期及并发症。

（4）若有多项诊断，应按主次排列，主要诊断应与主诉和主要现病史相对应。

（5）疑难病例诊断一时不能明确者，可以暂时给出症状诊断（待查诊断）。但在

症状诊断后面应提出可疑的疾病诊断，如：发热原因待查，系统性红斑狼疮可能性

大，结节病不除外。无法进一步检查者（如患者已死亡、待查症状已消失或患者已痊

愈），应以“未明”代替“待查”。如惊厥患者入院后病因尚未查明即死亡，诊断可

写为“惊厥原因未明”，而不要写“惊厥原因待查”。

（6）尽量不要把不确定的诊断作为第一诊断，如：“肝癌？”。诊断应反映病人

的问题所在。怀疑肝癌可以因为发现肝脏占位性病变，可以因为出现黄疸症状，可以

因为出现肝区疼痛，可以因为发生上消化道出血，……。在不能确定肝癌的情况下，

宜将致使人们怀疑肝癌的那个主要情况作为主要诊断写在前面，而在其后面列出可疑

的肝癌诊断，如：“肝脏占位性病变性质待查，肝癌可能性大”或“梗阻性黄疸原因

待查，肝癌？”。有时可能还要列出第二、第三个可疑的疾病诊断。

初步诊断是对资料分析解释后所归纳出来的的医学结论，是分析的结果，是对资

料最概括的解释。判断初步诊断是否恰当基本标准是：是否所有诊断都能在资料中找

得到依据；是否所有的资料都能从诊断中得到解释。这也是判断整份入院记录是否合

格的基本标准。