



# 病历文书书写

浙江大学医学院附属第一医院

姜玲玲



# 病历是写给谁看的？

- 是写给检查者看的。
- 写给未来打官司的律师和法官看的。
- 那些希望看它的人：
  - 希望了解患者诊疗过程的会诊医生
  - 其他医院接转诊的医生
  - 那些希望通过查阅病历进行回顾性研究的研究者们.....



# 病历书写的重要性

- 为什么要注重病历书写的培养
- 火眼金睛抓问题
- 如何在病历书写过程中培养临床思维能力





# 住院医师病历书写过程中的能力培养

培养严谨的作风，筑起医疗安全的第一道防线

培养系统的临床思维能力

培养教学相长的能力



# 培养严谨的作风，筑起医疗安全的第一道防线

张孝骞教授所说：

写“大病历”的阶段至为重要，要通过它形成一种终身不改的习惯，即在诊务繁忙之中也能如条件反射般运用，在诊治病人的过程中不遗漏任何要点。这种训练是短暂的，稍纵即逝，一旦落课，就无法再补，切勿等闲视之。”



张孝骞简介—(1897-1987) 湖南长沙人，毕业于湘雅医学院，获医学博士学位，任北京协和医学院教授。是中国医学教育家、内科学家，中国消化病学的奠基人。毕生致力于临床医学、医学科学的研究和医学教育工作。



# 病历中的“小毛病”

错别字

时间错误

与护士  
记录不符

潦草

书写不  
规范



## 入院记录

- 一般项目
- 主诉
- 现病史
- 既往史
- 个人史
- 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、修正诊断

## 病程记录

### 首次病程录

病例特点

初步诊断

诊断依据

鉴别诊断

诊疗计划

### 病程记录

日常病程记录

上级医师查房

会诊记录

有创诊疗记录

手术记录

麻醉记录

出院记录

.....

### 知情谈话

入院72小时内谈话记录

手术同意书

麻醉同意书

输血同意书

特殊检查、治疗同意书

...



# 病历书写基本要求

## □ 内容真实，书写及时

- 与真实病人核对、与医院存档病历核对
- 使用阿拉伯数字书写日期和时间



## □ 格式规范，项目完整

- 无内容栏者画 “/” 或 “-”
- 度量衡单位一律采用中华人民共和国法定计量单位

## □ 表述准确，用词恰当

- 使用中文和医学术语
- 疾病诊断、手术、各种治疗操作的名称书写和编码应符合《国际疾病分类》
- 病人述及的既往所患疾病名称、手术名称、药名应加引号



## 常见错误举例

吸O<sub>2</sub>、卵巢Ca

反复胸闷十七天

患者自述有慢性乙肝7年，糖尿病2年

自创字、中英文混用

两位以上用阿拉伯数字

病人述及的既往所患  
疾病名称应加引号



# 主诉 —— 三特点

1

**最主要症状或体征，就诊的主要目的**

2

**涵盖主要症状/体征和持续时间**

3

**简明、概括，避免用诊断或检查结果**

特征性

意向性

体现  
初步诊断



## 主诉举例

腹痛半天

腹痛、血尿半天

腹痛、阴道流血半天

消化系统？泌尿系  
统？妇产科？  
.....

泌尿系统疾病

妇产科疾病



## 主诉举例

尿尿尿不出来5天



排尿困难5天

吐血1天



呕血1天



咯血1天



主诉应使用专业术语



## 主诉举例

避免用诊断或检查结果

主诉：发现肾功能异常

发现血肌酐升高之余？ 夜尿增多3月余伴眼脸浮肿一次

现病史：患者3月余前因反复咽喉炎、咽痛，于当地医院就诊，发现血肌酐 268 μmol/L，尿蛋白++，患者曾有眼脸浮肿晨起一次，无双下肢浮肿，有夜尿增多2-3次/晚，无肺部湿啰音，无胸痛，无心悸，无畏寒发热等，于当地医院住院治疗2周（具体不详），予口服激素（强的松 30mg QD）带药出院，后定期复查，每隔两周激素减量 5mg。



起病情况与患病时间

主要症状的特点

病因与诱因

伴随症状

病情的发展与演变

诊治经过

病程中的一般情况

客观  
真实

动态  
发展

系统性  
完整性

提示  
疾病的诊断  
进展速度  
程度

# 现病史 — 七要素



# 现病史书写要点

□ 按时间顺序描述，条理清晰、逻辑性强

- 发病时间应与主诉一致，时间上要追溯到头



□ 主要内容是患者的症状、体征

- 正确认别、完整地描述主要症状
- 症状之间的关联性：主要症状、伴随症状；阳性症状、阴性症状

□ 疾病动态过程描述不能简单罗列事件，要有详略，突出重点

□ 不要过多描述辅助检查，尤其与疾病无直接相关的

□ 诊治经过中病人提供的药名、诊断和手术名称应加引号以示区别



# 既往史

口内容要完整

- 既往的健康状况、
- 疾病史、传染病史
- 手术外伤史、输血史
- 食物及药物过敏史
- 预防接种史



常见问题：记录不够详细

口注意不要和现病史相混淆

口按年月的先后顺序记录

常见问题：记录顺序混乱



## 既往史举例

科别 消化内科(18F)

床号 6

住院号 0450621

既往史：患者过去体质良好，有糖尿病史，具体见现病史；有慢性乙肝，小三阳，乙肝DNA  $3.52 \times 10^2$ ；有胆囊炎、胆囊结石；按国家规定接种疫苗；有长期用药史，见现病史；无手术史；无外伤史；无输血史；无毒史；无可能成瘾药物。

漏项：食物、药物过敏史？病人述及的既往疾病名需加引号，既往疾病史时间？





## 初步诊断：

□主次分明，按顺序排列  
□诊断尽可能完整（包括病因诊断、病理解剖部位和功能诊断）

表4 急性胰腺炎的完整诊断举例

例序	完整诊断
例1	急性胰腺炎(中度重症,胆源性) 全身炎症反应综合征 急性胰周液体积聚
例2	急性胰腺炎(重症,高三酰甘油血症性) ARDS 肾功能衰竭 脓毒症 腹腔间隔室综合征

□对一时难以肯定的诊断，可在病名后加“？”  
□一时难以判定的疾病，可暂以某症状待查作为诊断，并在其后注明可能性较大的疾病名称。

如“发热待查，肠结核？”



# 首次病程录 — 记录格式

## 首次病程记录

xxxx年xx月xx日xx时

姓名、性别、年龄、主诉

病例特点：

初步诊断：

诊断依据：

鉴别诊断：

诊疗计划：

提炼概  
括能力

临床思  
维能力

解决问  
题能力



# 首次病程录 — 病例特点

□一般情况（性别、年龄、起病情况）

例如：老年女性，慢性起病

□现病史的高度概括（充分概括，描述清楚，重点突出）

□既往等有意义的病史

□体格检查：阳性体征及有鉴别诊断意义的阴性体征

□辅助检查：与疾病相关的实验室及辅助检查结果

- 是对病史、体格检查、辅助检查中具有诊断与鉴别诊断意义的阳性、阴性证据的归纳整理！
- 要抓重点、有分析、有见解，能反映临床思维活动情况！



# 病例特点书写中常见的问题

- 拷贝现病史
- 长篇大论，重点不突出
- 思维混乱，条理不清



- 患者，男，28岁，以“干咳3周加重伴胸闷1周”入院。
- 患者3周来无明显诱因出现反复连续性干咳，平卧时咳嗽明显，端坐时好转。1周前咳嗽剧烈时有胸闷感，右侧明显，活动后略感呼吸困难，休息后胸闷仍不能明显缓解。无咽痛、流涕、胸痛，无发热、盗汗，来我院就诊。起病来，有乏力，无纳差，大小便未见明显异常。体重减轻1kg。
- 既往史：既往体健，否认高血压、糖尿病、心脏病，否认结核、乙肝等病史。否认手术外伤及输血史。
- 个人史：吸烟史10余年，每日20支。无酗酒史。职业为工地工人。否认食物药物过敏史。
- 婚育史：（略）。



- (1) 患者男性，28岁，亚急性起病。
- (2) 干咳3周加重伴胸闷1周。
- (3) 咳嗽症状与体位变动有关。
- (4) 右侧胸闷伴呼吸困难逐渐加重。
- (5) 既往体健，未见过敏史，有吸烟史，职业为工地工人。



# 首次病程录 — 诊断依据

口病史：可仅书写阳性临床表现；

口体格检查：可仅书写阳性体征；

口辅助检查：与疾病相关的阳性检查结果

是按照诊断要点将病例特点中的阳性部分的提取



常见问题：提供的证据与结论之间逻辑关系紊乱或牵强

“不管你信不信，反正我信了”



# 首次病程录 — 诊断、鉴别诊断

## 诊断

口要全面

口主次排列准确

## 鉴别诊断

口结合病史特点、主要诊断展开分析

口结合病人具体情况展开分析



常见问题：教科书式的鉴别诊断



# 首次病程录 — 治疗计划

纠正水电解质紊乱

治疗基本原则

完善相关检查

体现患者病情个体化原则

继续抗炎补液治疗

对症支持治疗

八股文式的诊疗计划



# 首次病程录 — 四要素

**病例特点 — 归纳概括，拒绝拷贝**

**诊断依据 — 精炼完整**

**鉴别诊断 — 考虑全面**

**诊疗计划 — 个体化原则**

**【考核形式】**采用笔试的形式。根据病人接诊考站所采集的信息，按照首次病程录书写要求现场手写一份首次病程录。

**【考核用时】**15 分钟



# 日常病程录 — 书写内容 (SOAP)

## Subjective (主观陈述)

症状、情绪、饮食、睡眠、大小便情况等，有针对性记录

## Objective (客观结果)

追踪查体、辅助检查结果等，有重点有条理地摘录

## Assessment (评估)

病情分析、评估

## Plan (诊疗计划)

根据评估结果拟定下一步诊治方案（医嘱更改），与患者有关治疗信息的交流



常见问题：未体现每日病情变化  
( 症状体征变化、阳性检查结果、医嘱更改 )



# 出院记录

入院情况

入院诊断

诊疗经过

出院诊断

出院情况

出院医嘱

对诊治过程的概括

对疾病转归的预期



# 出院记录 — 三必须

**内容必须准确无误 — 病人随访的依据**

**随访时间、随访内容必须描述清楚**

**必须给病人后续治疗给出建设性意见**



# 病历书写常见存在问题

1 书写不及时

2 书写不准确

3 书写不完整

4 书写不真实

5 书写未执行医疗法规





1

# 书写不及时

入院记录——入院24h

首次病程录——入院8h

主治首次查房——入院48h

抢救记录——抢救完成后6h

手术记录——手术完成后24h  
危重者即刻完成

死亡记录——死亡后24h

死亡病例讨论——死亡后1周



2

## 书写不准确

错字、漏字

用语不准确

前后不符

逻辑性差



3

## 书写不完整

缺项、漏项

重要的症状体征和处理未记录

缺少各类检查单、手术单

医患沟通知情同意不到位



4

## 书写不真实

未亲自询问

未亲自查体

凭经验、印象书写



# 5

## 书写未执行医疗法规

**上级医师对下级人员书写的病历未及时审阅、修改和签名**

**超越权限书写相关内容**

**下级医师直接使用上级医师工号进行书写**



**病历书写是训练临床技能和思维的基础，医学生要脚踏实地从病史采集、体格检查开始认真书写。**

**带教老师无论工作多繁忙，都务必抽出时间认真修改医学生书写的病历，并及时反馈。**





# 谢谢聆听！

