



浙江大学医学院

ZHEJIANG UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE



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、医学科学研究和医学教育工作。



浙江大学医学院

ZHEJIANG UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE



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O₂、卵巢Ca

自创字、中英文混用

反复胸闷十七天

两位以上用阿拉伯数字

患者自述有慢性乙肝7
年，糖尿病2年

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3周余?

夜尿增多3周余伴眼睑浮肿一次

现病史: 患者3周余前因反复咽喉炎、咽痛, 于当地医院就诊, 发现血肌酐 $268 \mu\text{mol/L}$, 尿蛋白+++, 患者曾有眼睑浮肿晨起一次, 无双下肢浮肿, 有夜尿增多2-3次/晚, 无尿频尿急尿痛, 无少尿, 无畏寒发热等, 于当地医院住院治疗2周(具体不详), 口服激素(泼尼松 30mg QD)带药出院, 后定期复查, 每两周激素减量1片5mg。



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

- 正确识别、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

□ 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

□ 注意不要和现病史相混淆

□ 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(USF)

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 3.5×10^2 ；有胆囊炎症性改变伴胆囊多发结石；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；无中毒史；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？



既往史举例

既往史：患者既往体健。有心脏病史详见现病史。否认肝、肾等重大脏器疾病。否认有结核、肝炎等传染病史。否认外伤史。否认输血史。否认药物、食物过敏史。有手术史，19年前于浙江大学附属妇产科医院行子宫肌瘤次切术，40余年前行阑尾切除术，具体不详。否认遗传病史。按国家计划预防接种。

需按时间先后顺序书写、遗传性疾病史记录在家族史



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）

- 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。

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

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

- 病史：可仅书写阳性临床表现；
- 体格检查：可仅书写阳性体征；
- 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

□ 要全面

□ 主次排列准确

鉴别诊断

□ 结合病史特点、主要诊断展开分析

□ 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

立

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。





浙江大学医学院

ZHEJIANG UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE



谢谢聆听！

