# 护士病例的书写（推荐5篇）

来源：网络 作者：琴心剑胆 更新时间：2024-08-07

*第一篇：护士病例的书写护士病例的书写1、符合护理程序，护理记录应反映护理诊断及护理过程的记录系统与护理计划有相互调合作用。2、能及时，准确、动态地反应病人情况，记录应有对病人病情有意义的观察资料，执行治疗或护理的方法，以及病人接受治疗或护...*

**第一篇：护士病例的书写**

护士病例的书写

1、符合护理程序，护理记录应反映护理诊断及护理过程的记录系统与护理计划有相互调合作用。

2、能及时，准确、动态地反应病人情况，记录应有对病人病情有意义的观察资料，执行治疗或护理的方法，以及病人接受治疗或护理后的反应结果。也包含病人从护理人员接受相关疾病的健康教育的摘要。

3、依病人的现状：提供最新、最完整、最重复的资料，以简明、精确的方式记录。

4、有科学研究价值，护理记录在研讨或训练中，提供有意义的资料，并能给其他医务人员提供沟通资料。

5、具有合法性，护理记录是病人接受医疗或护理的法律依据。记录不能遗失涂改或造且应随病保存，记录须用能长期保存的笔迹如钢笔。由注册的护理人员签名或盖章。如实习护士记录应有注同护理人员签名。

6、表格的设计和记录，应在实践进程中，根据临床各护理专业的特点和病人的需要，不断加以修改，完善，以达到规范。表格种类包括病人入院评估表、病人住院评估表、护理诊断问题项目单、护理记录单、出院小结、宣教实施单。现将卫生部护理中心提供护理病历表格供参考。

**第二篇：病例书写**

病历书写试题及参考答案

3、李某，男，62岁，干部，2024—1—20 初诊

患者于10年前冬季因感寒而发咳嗽，咯痰，此后，每年冬春季均有发作，自服多种抗生素及治疗“气管炎”药物（药名及药量不详）不效，每次发作持续时间越来越长，至气温转暖后缓解，本次发病已四个月。现症：咳嗽，咯痰，痰粘腻，色白，晨起时多为灰色，每日晨起必大咳一阵，痰出后咳嗽暂时减轻，胸闷不舒，口淡食少，腹胀便溏。吸烟史40年，每天约20支。查体：T36.7℃，P87次/分，R8次/分，BP120/80mmHg，神志清楚，面白无华，咽无充血，扁桃体不肿大，听诊双肺下野可闻及少量湿罗音，舌质淡红，苔白腻，脉濡滑。辅助检查：心电图正常，血常规正常。胸片示两肺纹理增粗、紊乱。要求：根据以上的病案资料，按照给定的格式，完成考试病历。参考答案： 辨病辨证依据：

长期吸烟，伤及肺气，故每遇气候突变容易感受外邪而出现咳嗽、咳痰。咳嗽日久导致肺脾两虚，水津失运，痰自内生，上渍于肺，壅遏肺气，故咳嗽声重、痰多色白而粘；痰湿阻肺，肺气不宣，故胸闷；脾虚运化失常则见口淡食少、腹胀便溏。舌质淡红，苔白腻，脉濡滑为痰湿内盛之象。西医诊断依据：

1、每年咳嗽、咯痰多于3个月已2年以上。

2、胸片提示两肺纹理增粗、紊乱，未见其它心肺疾病。入院诊断： 中医诊断：咳嗽 痰湿蕴肺

西医诊断：慢性支气管炎 治法：健脾燥湿 化痰止咳

方药：二陈汤、三子养亲汤加减

半夏 10g 茯苓 15g 陈皮 15g 甘草 5g 苍术 15g 厚朴 10g 苏子 10g 白芥子 6g 莱菔子 10g 白术 10g 炙杷叶 15g 海浮石 15g

4、张某，女，26岁，农民，2024—6—18初诊

于20年前因气候变化出现胸闷，喘息，喉中痰鸣等症状，经某医院治疗后好转，但常因劳累或气候变化上症再发。一周前因劳累症状再发而来诊。现症：喘息气粗，喉中痰鸣，咳吐黄痰，粘浊稠厚，咳吐不利，烦闷不安，汗出，面赤，口苦，口渴喜饮，大便调。查体：T36.9℃,P94次/分，R25次/分，BP120/70mmHg，神清，面红，气管居中，两肺满布哮鸣音，未闻及湿罗音，心浊音界不大，心率94次/分，律整，无杂音，双下肢无浮肿。舌红，苔黄腻，脉滑数。辅助检查：血常规示WBC7×10-?/L，中性65%，嗜酸细胞7%。胸片：心肺未见异常。要求：根据以上的病案资料，按照给定的格式，完成考试病历。参考答案： 辨病辨证依据：

痰热壅肺，肺失清肃，肺气上逆，故喘息，喉中痰鸣；热蒸液聚生痰，痰热胶结，故咳吐黄痰，粘浊稠厚；痰热郁蒸，则烦闷，自汗，口

苦，口渴喜饮。舌红，苔黄腻，脉滑数为痰热之象。西医诊断依据：

1、胸闷，喘息，喉中痰鸣反复发作20年，多因气候变化或劳累诱发。

2、两肺满布哮鸣音。

3、WBC7×10-?/L，中性65%，嗜酸细胞7%。入院诊断：

中医诊断：哮证（发作期）热哮

西医诊断：支气管哮喘 治法：清热宣肺 化痰止咳 方药：定喘汤加减

白果 10g 炙麻黄 6g 冬花 15g 半夏 10g 桑白皮 15g 苏子 10g 黄芩 10g 杏仁 10g 知母 10g 前胡 10g 鱼腥草 30g 瓜蒌 20g

5、记某，男，44岁，工人，2024—9—27初诊

患者于3年前因饮酒过度出现呕吐，以后常因饮食不适或情志不畅而呕吐，未系统诊治，5天前因饮食过量症状加重而来诊。现症：呕吐反复发作，口燥咽干，饥不欲食，二便调，夜寐差。查体：T36.5℃，P90次/分，R17次/分，BP110/70mmHg，神清，胃脘压痛（+），无反跳痛及腹肌紧张，舌质红津少，脉细。电子胃镜示：慢性萎缩性胃炎。肝功正常。B超肝胆未见异常。

要求：根据以上的病案资料，按照给定的格式，完成考试病历。参考答案： 辨病辨证依据：

饮酒过度，致生胃热，耗伤胃津，胃失濡养，气失和降，故呕吐反复发作，饥而不欲食；津不上承，故口燥咽干；舌质红津少，脉细为阴虚之象。西医诊断依据：

1、呕吐反复发作3年。

2、胃脘压痛。

3、胃镜示：慢性萎缩性胃炎。入院诊断： 中医诊断：呕吐 胃阴不足

西医诊断：慢性萎缩性胃炎 治法：滋养胃阴 降逆止呕 方药：麦门冬汤加减 党参 10g 麦冬 10g 粳米 15g 石斛 10g 花粉 10g 知母 10g 竹茹 6g 半夏 10g 陈皮 6g 苏梗 6g 炙甘草 6g

6、李某，男，57岁，农民，2024—4—22初诊 患者于8小时前晨起时发现右侧肢体无力，麻木，遂乘车来我院就诊。现症：右侧肢体瘫痪，麻木，头晕目眩，二便调。既往有高血压病史5年。查体：T36.5℃，P90次/分，R18次/分，BP170/100mmHg，面红，双肺未见异常，心浊音界略向左下扩大，主动脉瓣听诊区第二心音亢进，神经系统检查：意识清楚，不完全运动性失语，右鼻唇沟变浅，伸舌右偏，右侧肢体肌力0级，右侧肢体痛觉减退，右巴氏征阳性，脑膜刺激征阴性。舌红，苔黄腻，脉弦细。辅助检查：头颅CT示脑梗塞。

要求：根据以上的病案资料，按照给定的格式，完成考试病历。参考答案： 辨病辨证依据：

患者年近六旬，肾阴素亏，肝阳上亢，风阳内动，挟痰走串经络，脉络不畅，故肢体不遂，麻木，口舌歪斜，舌强语骞；肝肾阴虚，肝阳上亢，故见头晕，目眩

；舌红，脉弦细为肝肾阴虚之象，苔黄腻为挟痰热。西医诊断依据：

1、静态起病，右侧肢体瘫痪，伴口舌歪斜，舌强语骞8小时。既往有高血压病史5年。

2、意识清楚，不完全运动性失语，右鼻唇沟变浅，伸舌右偏，右侧肢体肌力0级，右侧肢体痛觉减退，右巴氏征阳性。

3、头颅CT示脑梗塞。入院诊断：

中医诊断：中风、中经络 肝肾阴虚 风阳上扰 西医诊断：高血压病 脑血栓形成 脑梗塞

治法：滋阴潜阳 熄风通络 方药：镇肝熄风汤加减

白芍 15g 天冬 15g 玄参 10g 龟板（单煎）15g 代赭石（先煎）25g 生龙骨 15g 菊花 15g 牛膝 15g 胆南星 6g 地龙 10g 葛根 20g

**第三篇：病例书写细则**

石卫医字〔2024〕22号

关于印发《河北省医疗机构病历书写规范细则》和《河北省医疗机构住院病历书写质量评估标准》的通知

各县（市）区卫生局，有关医疗单位：

为进一步加强医疗机构病历管理，提高病历书写质量，依据《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》和卫生部《医疗机构病历管理规定》、《病历书写基本规范》等法规和规定，省卫生厅组织专家制定了《河北省医疗机构病历书写规范细则》和《河北省医疗机构住院病历书写质量评估标准》，现印发给你们，请结合工作实际，遵照执行。执行中的问题和建议，请及时反馈市卫生局医政处。2024年下发的《河北省医疗机构住院病历书写规范细则》（冀卫医字﹝2024﹞87号）和《河北省住院病历书写质量评估标准》（冀卫医﹝2024﹞100号）同时废止。

同时，为进一步提高医务人员病历书写质量，省卫生厅还组织专家编写了住院病历、急诊留观记录书写式样以供参考。

附件：

1、部分病历书写格式式样

2、河北省住院病历书写质量评估标准

3、河北省医疗机构门诊病历书写质量评估标准

附件：河北省医疗机构住院病历书写规范细则附件.doc下载

二〇一一年三月二十三日

**第四篇：泌尿外科病例书写病例**

（一）病史

一般记录

要

求

与

普

通

外

科

相

同。

泌尿外科疾病主要表现有下述几类症状，应在病史中详细记录各自特点，为正确诊断提供重要依据。

1．排尿异常 ①尿次增加：注意发病时间，应分别记录日夜排尿次数，以分数式记录；日间排尿次数记为分子，夜间排尿次数记为分母。②排尿困难：注意其程度，表现为开始排尿迟延，无力，尿线变细，尿流中断，尿潴留。③排尿疼痛：注意疼痛的部位、时间，与排尿的关系。④尿急、尿失禁：注意发生的时间、程度、与排尿困难、尿痛、血尿及其他症状之间的相互关系，尿失禁者有无正常排尿。2．尿量异常 详细记录病程中每一时期的每小时尿量或24h尿量，量改变与其他症状的关系及对各种治疗的反应。疑有肾浓缩、稀释功能异常者，须以分数式分别记录日、夜尿量。

3.尿成分异常（1）血尿 注意诱发因素及持续时间；血尿程度，为眼观血尿或镜观血尿；血尿在尿程中出现的时间，为尿初、全程或终末；血尿颜色鲜或暗，均匀程度如何；如有血凝块，则应询问其形态，有无腐烂组织，以及血尿与其他泌尿系症状及全身症状之间的相互关系，如出血倾向、过敏反应、长期服用镇痛药、心血管疾病及高血压等病史。（2）尿混浊 注意混浊出现时机及持续时间，是否伴有泌尿系其他症状，尿液久置后其混浊有何变化，分层否，有无沉淀物及絮状物。曾否发现脓尿、结晶尿、乳糜尿。（3）尿石 注意结石排出的时间、次数，结石的形态、大小。

4、疼痛 注意部位、程度、性质，发作次数及持续时间，有无牵涉性及放射痛、牵涉或放射区域，追询疼痛诱发因素与其他症状之间的关系。

5．肿物 发现的时间、部位、性质，生长速度，形态、大小改变，活动范围与疼痛、血尿、排尿的关系。

6．肾功能不全征象 如尿少、尿闭、浮肿、啫睡、厌食、贫血、昏迷等。

7．生育及性功能异常 有关婚姻、生育及性生活情况，注意遗精、早泄、阳萎与神经系统症状的关系，有无性欲亢进、性交疼痛及不能射精或血精等症状。

8．高血压症 高血压发生的时间、进展情况、对药物治疗的反应有无高血压家庭史、其他并发的泌尿系症状及其他特殊症状。

9．肾上腺皮质功能亢进症的异常表现 包括皮肤、毛发、体型的异常改变，性征异常，电解质代谢异常，发展变化的情况。

10．畸形、创伤、手术史、难产史，以及生活地区、职业等，也与各种泌尿外科疾病有密切关系，应详细询问与记录。

（二）体格检查 在作好全身体格检查的基础上，应对泌尿生殖系统进行专科检查： 1．肾区检查

（1）视诊 是否膨隆，有无肿物，用图表明其大小、形态。脊柱是否弯曲，弯向何侧，有无腰大肌刺激现象。

（2）触诊 有无压痛，肾脏能否触及，注意其承受体位及呼吸的活动情况，表现光滑否，有无结节。如有肿物，应注意其硬度、活动度，有无波动感。

（3）叩诊 肋脊角有无叩击痛。

（4）听诊 剑突下有无血管杂音，注意杂音部位、特性及其传导方向。2．输尿管区检查 沿输尿管区有无肿物、压痛。3．膀胱区检查

（1）视诊 下腹部有无肿物，注意其大小、形态、部位及其与排尿的关系。

（2）触诊 耻骨上区有无压痛。如有肿物，应注意其界限、大小、性质，压迫时有无尿外溢，必要时于排尿或导尿后重新检查，或作双合诊检查。

（3）叩诊 是否为实音。4．外生殖器检查

（1）阴毛分布情况，与实际年龄、性别是否相符合。

（2）阴茎大小与年龄是否相称，有无包茎或包皮过长，尿道外口有无口径部位异常、肿物、炎症、狭窄，有无脓性分泌物溢出，阴茎海绵体有无压痛、硬结、肿物，沿尿道有无压痛、变硬、瘘管，阴茎勃起时有无弯曲。

（3）女性患者尿道口有无炎症、憩室、肿物、分泌物，阴蒂是否肥大，有无处女膜伞等异常。

（4）阴囊内容物检查 注意两侧阴囊的大小、形态是否对称，皮肤有无炎症、增厚，与睾丸有无粘连或形成瘘管；阴囊肿大着平卧后是否消失，肿物的大小、硬度及其与睾丸、附睾、精索的关系如何，表面是否光滑，有无弱性，是否透光，可否还纳；睾丸大小、位置、硬度、形状、重量、感觉有无异常，附睾有无肿大、结节、压痛；精索及输精管是否变粗，有无结节及压痛；皮下环是否较正常大，有无精索静脉曲张，腹股沟有无肿物，会阴部感觉有无异常。

5．前列腺及精囊检查 检查前排空尿液，以膝胸卧位作直肠指诊，不宜取膝胸卧位者，可取仰位或侧卧位。注意前列腺大小、硬度，有无压痛、结节或肿块，中央沟是否存在，活动度如何，有无固定感。精囊是否触及，注意其硬度及有无压痛。如有异常发现。绘图标明其大小及部位。检查老年患者时，须防发生虚脱。

6．肾上腺疾病及高血压患者的有关特殊体征检查，亦应包括在泌尿外科的检查项内：

（1）观察是否呈向心性肥胖，皮肤有无紫纹、痤疮、脱发或须毛增多，有无骨骼肌萎缩及精神与情绪异常等改变。（2）有无女性假两性畸形或男性女性化的各种表现。

（3）检查肌肉萎缩及抽搐、麻痹情况，高血压及其波动幅度，以及各种有关的神经反射。

（4）检查腹部及盆腔有无肿块，注意甲状腺有无结节或肿块。（5）疑为肾血管性高血压者，须测四肢血压，上腹部听诊有无血管杂音。

**第五篇：病例报道书写格式**

摘要

摘要需简介整个病例，要讨论的问题，还有本案例传达的信息，病例报告的摘要通常非常短，最好不要超过 150 字。

前言

前言会介绍案例要处理的问题，在必要之处引用相关的文献，前言通常会用一句话结尾：叙述病患和病患遭遇的基本情况。

病例

这个章节需要依照以下顺序提供病例信息：

1.病患叙述;2.病历;3.身体检查结果;4.病理检查和其他检查结果;5.治疗计划;6.治疗预期结果;7.实际结果。

病例介绍要清楚地交待病程经过的必要细节，要有病人的发病、发展、转归及随访的结果等。切忌将原始病历照搬，避免使用各种非客观性，各种怀疑或推测性语句。

因病例报告所撰写的是罕见的或是有特殊意义的病例，故应将有特殊意义的症状、体征、检查结果、治疗方法详细描述，突现重点。

描述病史时，要交待清楚发病时间、主诉及病情经过。对反复发作性疾病和先天性疾病要重视既往史和家族史。外伤患者要写受伤情况。实验室检查及影像学检查通常只列阳性的和必要的阴性结果。无相关意义的其它阴性结果可省略。对有特殊意义的阳性结果就注意前后对比。手术治疗要说明手术名称、术前处理、术中发现、术后处理、术后反应。治疗结果既要说明疗效，又要说明副作用。

作者需要确保文章里包含所有的相关细节，剔除不必要的内容。

讨论：

这是病例报告最重要的部分，通常是期刊判定病例是否值得发表的关键章节。开头可从前言已提到的信息开始发展，着重在为何该病例值得注意还有它牵连的问题。

然后简介同样主题的既有文献。(如果期刊要求文献回顾为独立章节的话，要放在讨论之前。)讨论病患的主要情况已有的理论和研究发现，整个综述应收敛到病例中引发疑惑的主要原因以及最主要的挑战。

最后将病例与文献连结，说明病例传达的信息，作者需要阐明这个病例与目前对该问题的认知是否相同，本案例的证据对未来的临床时间有何价值与贡献。

结论

依据期刊要求的格式，病例报告会以以结论或概要作结，这部分需带读者看此案例报告涵盖的重点，作者可以提供建议反馈给医生、老师或研究人员。有些期刊不想要将结论独立成一个章节，那么可以改成在讨论章节的最后一段进行总结。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找