

臺中榮民總醫院病歷紀錄內容要求與書寫要點

一、入院病歷的內容要求與書寫要點

入院病歷 (Admission Note)

(一) 入院病史的收集

病史的收集分兩大部份即「聆聽」及「詢問」。聆聽時當病人敘述不清或為了獲得必要的病歷資料時，可進行啟發，但切忌主觀片面和暗示。詢問病史時要關心患者，有同理心獲取患者信任和合作，而且注意病人的隱私。詢問時既要全面性又要抓住重點；避免主觀臆測和先入為主。

一般項目：

姓名、性別、年齡，婚姻、種類、民族、職業、出生地、現住址、工作單位、電話、入院時間、記錄時間、病史敘述者（註明可靠程度）。

填寫要求：

1. 職業應寫明具體工作類別，如公務員（文書）、待業、教師、退休教師等，不能籠統地寫為工人、副理等。
2. 入院時間、記錄時間要註明幾時幾分。
3. 病史敘述者；成年患者由本人敘述；神志不清者要寫明代訴人姓名及與患者的關係等。

主訴 (Chief complaint)：

1. 主訴是指患者入院就診的主要症狀、體徵及其持續時間、性質、程度或部位等，根據主訴能產生第一診斷。主訴語言要簡潔明瞭。
2. 不以診斷或檢驗結果為主訴內容（確無症狀者例外）。主訴多於一項時，可按主要次要或發生時間的先後分別列出。

現病史 (Present illness)：

現病史是病史的主體。以主訴為中心，按症狀出現的先後，詳細記錄從發病到就診時疾病的發生、發展及其變化的經過和歷次診療情況，而且包括就醫經過及治療狀況。現病史的收集，其實也是鑑別診斷的開始。其內容主要包括：

1. 起病情況：

發病於何時、何地、如何起病。起病的緩急，發病的可能原因和誘因（必要時包括起病前的一些狀況）。

2. 主要症狀的發生和演變過程：

(1) 主要症狀(或體徵)出現的時間、部位、性質、程度、持續時間、緩解或加劇的因素及其演變過程之詳細描述、直至入院為止。

(2) 對患有與本病有關的慢性病者或舊病復發者，應著重了解其初發時的情況和重大變化以及最近一次發作直至入院的情況。

3. 伴隨症狀：

伴隨症狀與主要症狀之間的相互關聯與其發生時間特點和演變情況，對具有鑑別診斷意義的重要陽性症狀和體徵也應加以記載。

4. 診治經過：

曾在何時何地就診，診斷為何病，做過何種重要檢查，接受那些治療，效果如何，有無不良反應，應重點加以記錄。對曾用過的重要特殊藥物要記明用法、劑量和所用時間。

5. 一般情況：

發病以來的一般情況，應簡要記述患者食慾、食量、睡眠、體力狀況、體重變化、何時無法工作或臥床。

6. 與現病有關的病史：

風濕性心瓣膜病患者的現病史應從風濕熱患病時開始，心肺病合併感染患者的現病史要從慢性支氣管炎發病時開始。不論有關病史年月多久，仍屬現病史。

既往史 (Past history)

既往史是指患者本次發病以前的健康及疾病情況，其內容主要包括：

1. 既往一般健康狀況。

2. 有無患過傳染病、地方性疾病（如烏腳病）和其他重要內科疾病，發病日期、使用藥物及診療情況。對患者以前所患的疾病，診斷確定者可用病名；對診斷不肯定者，簡述其症狀。

3. 有無預防接種、外傷、手術史（應包括手術原因、病理檢查結果及手術時間）。

過敏史 (Allergy history)

藥物、食物和其他接觸物之過敏史等（包括時間、症狀及處理情形）。

藥物史 (Drug history)

長期用藥史、維他命、健康食品或補品等（包括藥名、劑量和所用時間）。

系統回顧 (Systemic review)

按身體的各系統詳細詢問可能發生的疾病，這是病歷不可缺少的部分，它可以幫助醫師在短時間內扼要了解病人某個系統是否發生過疾病，以及這些已發生過的疾病與本次主訴之間是否存在著因果關係。現病史以外的本系統疾病也應記錄。

1. 呼吸系統：有無慢性咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、氣喘史等。
2. 循環系統：有無心悸、氣促、紫紺、水腫、胸痛、昏厥、高血壓史等。
3. 消化系統：有無食慾改變、暖氣、反酸、腹脹、腹痛、腹瀉、便秘、嘔血、黑便、黃疸史等。
4. 泌尿生殖系統：有無尿頻、尿急、尿痛、血尿、排尿困難、腰痛、水腫史等。
5. 造血系統：有無乏力、頭暈、皮膚或粘膜出血點、淤斑、反復鼻出血、牙齦出血史等。
6. 內分泌系統及代謝：有無畏寒、怕熱、多汗、食慾異常、消瘦、口乾、多飲、多尿史，有無性格、體重、毛髮和第二性徵改變等。
7. 神經系統：有無頭痛、眩暈、失眠、嗜睡、意識障礙、抽搐、癱瘓、驚厥、性格改變、視力障礙、感覺異常史等。
8. 肌肉骨骼系統：有無肢體肌肉麻木、疼痛、痙攣、萎縮、癱瘓史，有無關節腫痛、運動障礙、外傷、骨折史等。

個人史

1. 出生、成長及居留的地點和時間(尤其應注意疫源地和地方病流行區)，受教育程度和業餘愛好等，運動習慣等。

2. 煙酒嗜好及其攝入量，有無其他嗜物和麻醉毒品攝入史。
3. 過去及目前職業、工作環境。須了解患者有無經常與有毒有害物質接觸史，並應註明接觸時間和程度。
4. 是否患過下疳及淋病等性病。
5. 精神狀態有無重大精神創傷。

旅遊史 (Travel history)

有無出國(註明國家、時間、地點及旅遊概況)、有無至疫區。

接觸史 (Contact history)

最近是否去醫院(註明那一家醫院、做什麼事)，是否探病(病人有什麼病，是否發燒、有什麼症狀)，親友是否有類似疾病症狀。

婚姻、月經及生育史

1. 結婚與否、結婚年齡、配偶健康情況。若配偶死亡，應寫明死亡原因及時間。
2. 女性患者的月經情況，如初潮年齡、月經周期、行經天數、末次月經日期、閉經日期或絕經年齡等，記錄格式如下：

$$\text{初潮年齡}、\frac{\text{行經期(天)}}{\text{月經週期(天)}}、\text{末次月經時間(或絕經年齡)經量、顏色、有無經痛、}$$
3. 已婚女性^{白帶情況(多少及性狀)等。}妊娠胎次、分娩次數，有無流產、早產、死產、手術產、產褥熱史，計劃生育避孕藥等情況。男性患者有無生殖系統疾病。

家族史

1. 父母、兄弟、姐妹及子女的健康情況，有無與患者同樣的疾病，有無與遺傳有關的疾病，死亡者應註明死因及時間。
2. 有時要詢問祖輩如祖父母、外祖父母等，如已死亡，記錄死亡原因及年齡。
3. 有無傳染病史及與遺傳有關的疾病，必要時應繪出家系圖。
4. 必要時尚應了解與患者密切接觸的非直系親屬的健康狀況。
5. 各專科應記載是否有與家族相關的特殊疾病，例如 B 型肝炎。

(二) 身體或理學檢查

身體檢查必須仔細認真，按部位和系統順序進行，既有所側重，又不遺漏陽性體徵，對病人態度和藹、嚴肅，手法須輕柔，注意病人反應，冷天要注意保暖，對危急病人可先重點檢查，先進行搶救處理，

待病情穩定後再做詳細檢查，不要搬動過多，以免病情加重。其具體內容如下：

1. 生命體徵

體溫(T)(°C)、脈率(P)(次/min)、呼吸頻率(R)(次/min)、血壓(BP)(mmHg)。

2. 一般狀況

發育(正常與異常)，營養(良好、中等、不良)，體位(自主、被動、強迫或輾轉不安)，步態，面容與表情(急性或慢性病容、表情痛苦、憂慮、恐懼、安靜)，神志(清晰、模糊、昏睡、昏迷)，能否與醫師合作。

3. 皮膚及粘膜

顏色(潮紅、發紺、蒼白、黃染、色素沉著)，溫度，濕度，彈性，有無水腫、皮疹、淤點、淤斑、皮下結節或腫塊、蜘蛛痣、潰瘍及疤痕，毛髮分布情況等，如有，應記述部位，範圍(大小)及形態等。

4. 淋巴結

全身或局部淺表淋巴結有無腫大(部位、大小、數目、壓痛、硬度、移動性、瘻管、疤痕等)。

5. 頭部及其器官

(1) 頭顱：大小、形態、有無壓痛、包塊，頭髮(量、色澤、分布、禿發及斑禿)。

(2) 眼：視力(必要時檢查)，眉毛(脫落、稀疏)，睫毛(倒睫)，眼瞼(水腫、運動、下垂)，眼球(凸出、凹陷、運動、斜視、震顫)，結膜(充血、出血、蒼白、水腫)，鞏膜(黃染)，角膜(透明、混濁、反射)，瞳孔(大小、形狀、對稱、對光及調節反應)。

(3) 耳：聽力，有無畸形、分泌物、乳突壓痛。

(4) 鼻：有無畸形、鼻翼扇動、(nasal flare)分泌物、出血、阻塞、副鼻竇區壓痛。

(5) 口：口腔氣味，唾液分泌，唇(畸形、顏色、？疹、皸裂、潰瘍、口角偏斜)，牙(齲齒、缺齒、義齒、殘根)，牙齦(色澤、腫脹、溢膿、出血、鉛線)，粘膜(發

疹、潰瘍、出血)，舌(形態、舌質、舌苔、潰瘍、運動、震顫、偏斜)，扁桃體(大小、充血、分泌物、假膜)，咽(色澤、分泌物、反射)，喉(發音清晰或嘶啞、喘鳴、失音)。

6. 頸部

是否對稱，有無強直、頸靜脈怒張、頸動脈異常搏動、腫塊，氣管位置，甲狀腺(大小、硬度、壓痛、結節、震顫、雜音、隨吞咽上下活動度)

7. 胸部

(1) 胸廓(對稱、畸形、局部隆起或塌陷、壓痛)，呼吸(頻率、節律、深度)，有無異常搏動、靜脈曲張。乳房疾病按乳房檢查要求描述。

(2) 肺臟：

視診：呼吸運動(兩側對比)，呼吸類型，有無肋間隙增寬或變窄。

觸診：語顫，有無胸膜摩擦感、皮下捻髮感。

叩診：叩診音(清音、濁音、實音、過清音或鼓音)，肺下界、肺下緣移動度。

聽診：呼吸音(性質、強弱、異常呼吸音)，有無乾、濕性囉音及胸膜摩擦音，語音傳導(注意對稱部位)等。

(3) 心臟：

視診：心尖搏動(位置、範圍、強度)，有無心前區隆起。

觸診：心尖搏動(性質、位置、範圍、強度)，有無震顫(部位、期間)和心包摩擦感。

叩診：心臟左、右濁音界(相對濁音界)，用各肋間距正中線的距離表示，並在表下註明鎖骨中線到前正中線的距離。

聽診：心率，心律，心音(強度、分裂、P2與A2的比較、額外心音、奔馬律)，有無雜音(部位、性質、時期、強度、傳導方向)和心包摩擦音。

8. 血管檢查

- (1) 橈動脈：脈率，節律(規則或不規則、脈搏短絀)，有無奇脈、交替脈，左右橈動脈脈搏的比較，動脈壁的性質、緊張度。
- (2) 周圍血管徵：有無毛細血管搏動、槍擊音、水衝脈。

9. 腹部

- (1) 視診：外形(對稱、平坦、膨隆、凹陷)，呼吸運動，臍，有無皮疹、條紋、疤痕、包塊、靜脈曲張(如有，記錄血流方向)、胃腸蠕動波、上腹部搏動。
- (2) 聽診：腸鳴音(正常、增強、減弱或消失)，有無振水音、血管雜音。
- (3) 叩診：肝濁音界，有無肝區叩擊痛、移動性濁音、高度鼓音及腎區叩擊痛。

- (4) 觸診：

腹壁：腹壁緊張度，有無壓痛、反跳痛、液波震顫感及包塊(部位、大小、形態、硬度、壓痛、搏動、移動度)。有腹水或腹部包塊時應測量腹圍。

肝臟：大小(右葉以右鎖骨中線從肋緣至肝下緣、左葉以劍突至肝左葉下緣多少厘米表示之)，質地，表面，邊緣，有無壓痛和搏動。

膽囊：大小，形態，有無壓痛。

脾臟：大小，硬度，表面，邊緣狀態，有無壓痛。巨脾以三線法表示(圖 1)。

腎臟：大小，形狀，硬度，移動度，腎區及輸尿管壓痛點有無壓痛，有無膀胱膨脹。

10. 肛門及直腸

有無痔、肛裂、脫肛、肛？。肛門指檢時應注意肛門括約肌緊張度、狹窄、內痔、壓痛，前列腺大小、硬度；特別注意有無觸及腫塊(大小、位置、硬度、移動度等)。指檢退出時應注意指套便染的顏色。

11. 外生殖器

根據病情需要做相應檢查。

- (1) 男性：陰毛分布，有無發育畸形、陰莖疤痕、尿道分

泌物，包皮，睪丸，附睪，精索，精索靜脈曲張，鞘膜積液。

- (2) 女性：必要時請婦科檢查。男醫師檢查時必須有女醫務人員陪同。

12. 脊柱及四肢

- (1) 脊柱：有無畸形、壓痛、叩擊痛，活動度。

四肢：有無畸形、杵狀指(趾)、靜脈曲張、骨折、水腫、肌肉萎縮、肢體癱瘓或肌張力增強，關節(紅腫、疼痛、壓痛、積液、脫臼、活動度受限、強直)。

13. 神經系統

- (1) 生理反射：角膜反射，腹壁反射，提睪反射，肱二頭肌反射，肱三頭肌反射，膝腱反射，跟腱反射。

- (2) 病理反射：巴彬斯基(Babinski)徵等。

- (3) 腦膜刺激征：頸項強直，布魯辛斯基(Brudzinski)徵，克尼格(Kernig)徵。

- (4) 必要時做運動、感覺及神經系統其他檢查。

14. 專科情況

記錄專科疾病的特殊情況(參見各專科病歷書寫要點)

(三)實驗室及影像檢查

記錄與診斷有關的實驗室及影像檢查結果。如系入院前所做的檢查，應註明檢查地點及日期。

(四)初步診斷或臆斷 (Impression)

與主訴有關或對生命有威脅的疾病排列在前。診斷除疾病全稱外，還應盡可能包括病因、疾病解剖部位和功能的診斷，入院診斷由主治醫師在病人入院後 24 小時內作出，標出診斷確定日期並電子簽章。

(五)診療計劃(Plan)

包括診斷計劃、治療計劃及衛教計劃。

(六)記錄審閱者電子簽章

記錄審閱者應電子簽章確認。

(七)診斷修改(Revised Diagnosis)

由主治醫師下診斷，須主治醫師親自書寫、修改並電子簽章。

二、病歷紀錄及其他各種病歷記錄的書寫要點

病程記錄 (Progress Note)

病程記錄是反映病人住院期間的病情演變和診治經過及其他特殊情況的記錄。

(一)病程記錄的完成時間

1.首次病程記錄

急診危重病人須及時完成，其餘病人亦須於當天或 24 小時內完成。

2.一般病程記錄

病危病人隨時記錄，其餘病人每天記錄，並註明具體記錄時間(幾時幾分)。

新入院的急診危重病人應有總住院醫師 (或以上醫師)及時查視的記錄。

(二)病程記錄內容(Progress Note)

1.首次病程記錄

首次病程記錄內容包括：姓名、性別、年齡、職業等一般項目，主要臨床症狀和體徵，實驗室檢查和影像檢查，初步診斷和診斷依據，初步的診療計劃(包括檢查項目、治療措施等，病危急救病人應詳細記錄急救情況、用藥劑量、方法和執行時間以及向家屬說明病情的情况，並提出觀察病情變化的注意事項。上級醫師應及時審閱並電子簽章。

2.一般病程記錄以問題導向的醫療記錄 (POMR)，即以病人問題加上 SOAP 為原則，另加下列內容：

(1) 病情變化，分析可能的原因和處理意見，病人的思想動態、飲食、大小便等一般情況。

(2) 及時、如實地記錄上級醫師查房時對病情的分析和診療意見、病例討論、其他科會診時提出的診治建議等，應能反映出“上級醫師(主任、專科醫師、總醫師)”查房的情況。

(3) 治療計劃的執行情況、療效和反應，實驗室、特殊檢查的結果及判斷。

(4) 診療操作經過、所見，病人狀態及不良反應等。

- (5) 住院期間診療方案的修改、補充及其依據。
- (6) 家屬及有關人員的反映、希望和意見(必要時可請家屬或單位主管簽字，並註明與患者關係及簽字日期)。
- (7) 情對住院時間較長的病人，主治醫師須每週記載病情摘要 (weekly summary)，包括階段病情及診療況，目前病人的情況和診療上存在的問題，必要時重新修訂診療計劃。

(三) 病程紀錄的分工及修改

首次病程記錄由值班醫師書寫；一般病程記錄以住院醫師書寫為主，但上級醫師必須隨時檢查其正確性，並做必要的修改和補充，且予以電子簽章。

(四) 病程記錄書寫要點

1. 病程記錄應以問題為導向之記載，講求重點且簡明扼要，有分析、判斷、病情預見、診療計劃等，切忌“流水帳”。
2. 必須記錄上級醫師查房或家屬、單位意見和要求，並應寫明上述人員的全名。

卸任交班紀錄 (Off duty note)

由住院醫師在交班前完成，此外還需床邊交接班。交班記錄內容包括：

- (1) 簡明扼要的病情小結(Summary)。
- (2) 已確定的診斷及其依據，尚未肯定的擬診意見。
- (3) 已進行的治療、反應及效果，或手術病人的手術方式和術中發現。
- (4) 今後注意事項，對病情觀察和處理的重點，尚須進行的檢查項目及其準備情況，有待採取的治療措施及建議。

接班紀錄 (On duty note)

- (1) 接班醫師應在複習病歷及有關資料的基礎上，親自重點詢問病史及體格檢查並書寫接班記錄，扼要記錄治療經過和對病例的分析、治療意見及注意事項。
- (2) 危重病人接班後及時完成接班記錄，一般病人在當天完成。
- (3) 接班記錄緊接交班記錄書寫。

轉科及接收紀錄 (Transfer note 及 Acceptance note)

轉科記錄，由住院醫師書寫，主治醫師審閱並電子簽章。其內容包括一般項目、病情小結，診斷和已進行的主要治療，轉科理由，以及提請接收科注意事項，並寫明接收科同意轉科的醫師及意見。轉科

記錄緊接病程記錄書寫。

患者轉入後，接收科住院醫師應寫接收記錄，緊接“轉科記錄”。其記錄應在轉科後當天完成，急診及時完成。內容包括一般項目，主要病史及體徵，並從本科的角度補充必要的病史及體格檢查，然後提出本科的診療計劃。一般病人接收

(五)會診紀錄

病人在住院期間，因病情需要或出現他科情況需邀請院內有關科會診時，由住院醫師開立“會診”醫囑，也可由實習醫師或專科護理師協助開立。會診請求科室應簡明扼要寫出病情摘要、目前診斷及主要治療措施，請求會診目的及要求。

會診時，雙方醫師應互相聯絡，共同商討，不得互相推諉。會診醫師不能決定的問題，應請示本科上級醫師或帶回科室討論。若需轉科或轉院，應寫明具體時間和聯繫人。

(六)死亡紀錄 (Mortality Note)

1.死亡紀錄(Mortality Note)

病人住院期間因救治無效死亡者，應在死亡後立即完成死亡記錄，其內容與出院記錄大致相同，但必須著重記述搶救經過及死亡情況。其內容包括：

- (1) 一般項目：姓名、性別、年齡、入院科別、死亡科別、床號、門診號、住院號、入院時間、死亡時間（註明時、分）、住院天數、入院診斷、死亡診斷、記錄時間（註明時、分）。
- (2) 入院病況摘要。
- (3) 住院經過摘要。
- (4) 搶救經過。
- (5) 最後診斷及死亡原因。
- (6) 對死亡病例不論診斷明確與否，應努力說服死者家屬，作屍體病理解剖，並將屍體檢查結果納入病歷中存檔。

2.死亡病例討論記錄

凡住院死亡病例應在1周內由科室組織死亡病例討論，醫護和有關人員參加，分析死亡原因，吸取診斷治療過程中的經驗教訓，其內容包括：

- (1) 討論時間、地點，主持人、參加者的姓名、職務(職稱)。

- (2) 病人姓名、科別、年齡、入院時間、死亡時間、死亡原因、最後診斷(包括屍檢和病理診斷)。
- (3) 參加人員發言紀要。
- (4) 主持人的總結意見。

三、內科系各次專科病歷的書寫要點

各次專科病歷的書寫除必須符合總的住院病歷的書寫要求外，還應根據專科的特殊要求進行詢問和檢查，並加以重點描述。

(一)胸腔科病歷

1. 現病史

- (1) 發病的時間及緩急。
- (2) 咳嗽:性質，發生與加劇的時間，氣候變化對症狀的影響，體位改變與咳嗽、咳痰的關係及持續的時間。
- (3) 咳痰:性質、24小時數量、粘稠度、顏色及氣味。
- (4) 咯血:量和顏色，持續時間。
- (5) 呼吸困難:性質、程度及出現的時間。
- (6) 胸痛:部位、性質，與呼吸、咳嗽和體位的關係。
- (7) 有無畏寒、發熱、食欲不振和體重減輕等。

2. 過去史、個人史

有無吸煙嗜好(吸煙的時間長短及每天幾支)、過敏性疾病、結核病接觸史和有害粉塵吸入史。

3. 體格檢查

- (1) 神志狀態，有無鼻翼扇動、紫紺、端坐呼吸。
- (2) 皮膚有無皮下結節及紅斑;淺表淋巴結，尤其是鎖骨上淋巴結是否腫大，有無壓痛和粘連;有無杵狀指(趾)。
- (3) 氣管的位置，有無頸靜脈怒張、肝頸靜脈回流徵，頸部軟組織有無水腫、腫脹及皮下捻髮感(音)。
- (4) 胸廓檢查，肺及心臟的四診(視、觸、叩、聽)檢查
- (5) 有無肝脾腫大。

(二)腸胃科病歷

1. 現病史

- (1) 食欲情況，有無吞咽困難(發生及持續時間，對流質和固體食物咽下反應，自覺咽下困難的部位，進展速度)

- (2) 腹痛:部位、性質、發生時間，有無節律性、周期性和放射痛，緩解因素，疼痛與排便、體溫、體位、黃疸及情緒的關係。
- (3) 嘔心、嘔吐:發生的時間、誘因、程度，與進食的關係;與其他症狀或體徵，如眩暈、頭痛、腹痛、尿黃等的關係;嘔吐物的性質、數量、顏色和氣味。
- (4) 嘔血和便血:數量、顏色，有無伴發全身症狀，並注意便血與糞便的關係。
- (5) 腹部腫塊:發現時間、持續性或間斷性、部位、質地、形狀、大小、生長速度，有無疼痛及移動性。
- (6) 大便:次數、性質、顏色和氣味，有無裡急後重。
- (7) 有無發熱、體重減輕等。

2. 過去史、個人史、家庭史

有無乙型肝炎病毒感染、血吸蟲病、肝膽疾病、腹部手術史及術後情況，煙酒嗜好程度及為時多久;家族中有無類似疾病、腫瘤、遺傳性疾病及肝炎等傳染病史。

3. 體格檢查

- (1) 皮膚、粘膜:有無黃染、色素沉著，有無毛細血管擴張、蜘蛛痣、肝掌等肝病周圍血管徵和腹壁淺表靜脈曲張，有無肝臭。
- (2) 有無腮腺、甲狀腺和鎖骨上淋巴結腫大，有無男子乳房發育及睪丸萎縮。
- (3) 腹部四診(視、觸、叩、聽)檢查。
- (4) 腹部腫塊:部位、大小、質地、表面情況，邊界是否清楚，有無壓痛，可否移動，與呼吸的關係。
- (5) 肛門指檢。

(三)心臟科病歷

1. 現病史

- (1) 胸痛:開始發作的時間、部位、性質、程度、持續時間、發作次數、放射部位，與活動及體位的關係，引起疼痛的誘因及緩解方法。
- (2) 心悸:誘因及時間。

- (3) 呼吸困難：誘因、發作時間，有無端坐呼吸，是否伴有咳嗽與咯血。
- (4) 水腫：開始出現的部位及發展順序，是否伴有尿量(包括夜尿量)的改變，有無腹脹、肝區疼痛和消化不良。
- (5) 有無頭痛、頭暈、暈厥或間歇性跛行等。
- (6) 近期用藥情況，特別是強心劑類和抗心律失常藥物的名稱、劑量和療程。

2. 過去史

有無風濕熱、心肌炎、高血壓、慢性支氣管炎、甲狀腺功能亢進、糖尿病、高脂血症、動脈粥樣硬化等病史。

3. 家族史

有無高血壓、糖尿病、高脂血症等病史。

4. 體格檢查

- (1) 體重、體位、神志狀態，血壓(必要時應測四肢血壓)，臥位血壓與坐位血壓有無區別。
- (2) 有無鼻翼扇動、紫紺、頸動脈異常搏動或血管雜音、頸靜脈怒張、頸靜脈搏動、肝頸靜脈回流征等。
- (3) 心、肺的四診(視、觸、叩、聽)檢查。
- (4) 末梢動脈搏動情況，有無脈搏短絀、奇脈和周圍血管體徵。
- (5) 有無肝、脾腫大，腹部血管雜音。
- (6) 有無四肢關節紅腫、強直及杵狀指(趾)，皮膚有無環形紅斑、皮下結節等。

(四)腎臟科病歷

1. 現病史

- (1) 水腫:出現的時間、部位及發展順序。
- (2) 腰痛或膀胱區疼痛:程度、性質、放射部位及與其他症狀的關係。
- (3) 血尿:發生時間(持續性、間歇性)、血尿程度(血絲、血塊、初血尿、全血尿、終末血尿)、血尿與疼痛。
- (4) 有無尿量、尿色異常，有無排尿困難、尿頻、尿急、尿痛等症狀。

(5) 有無食欲減退、嘔心、嘔吐、頭暈、頭痛、心悸、呼吸困難等症狀。

(6) 以往用藥情況:激素(種類、劑型、劑量、療程、療效)，細胞毒類藥物和抗凝、抗血栓治療情況。

2. 過去史

有無糖尿病、高血壓、肝炎、瘧疾、腫瘤和過敏性疾病史，有無腎臟手術及外傷史，有無應用腎毒性藥物史和毒物接觸史。

3. 家族史

有無高血壓、糖尿病和遺傳性腎臟病史。

4. 體格檢查

(1) 一般情況:體重、血壓(註明體位，必要時測四肢血壓)。

(2) 皮膚:色澤，有無水腫(部位、程度、可凹性)、皮疹、色素沉著、搔癢、出血點、紫紋。

(3) 頭頸部:有無頭皮水腫、眼瞼水腫，角膜、結膜、鞏膜、視力、聽力情況，耳廓有無尿酸結節，呼吸氣味，有無鼻竇壓痛和齧齒，口腔粘膜有無發疹和潰瘍，扁桃腺大小，頸靜脈有無怒張。

(4) 心、肺:心尖搏動位置，心界大小，心率、心律，各瓣膜聽診區的心音性質，有無雜音、奔馬律和心包摩擦音，兩肺呼吸音性質。

(5) 腹部:腎臟大小(雙手合診)，有無包塊、觸痛、肋脊角叩壓痛、沿輸尿管徑路體表投影區壓痛點壓痛、恥骨上區壓痛，脾臟大小，有無移動性濁音，血管性雜音的部位、性質和傳導性。

(6) 其他:有無尿酸結節、第一跖趾關節壓痛，有無關節畸形、腫脹、壓痛、積液，有無雷諾症、甲床腎病帶、指甲畸形、骨骼壓痛等。

(五)血液科病歷

1. 現病史

(1) 有無疲乏、無力、頭暈、眼花、耳鳴、記憶力減退、心悸、氣急、食欲減退、吞嚥困難、嘔心、嘔吐、腹脹、腹痛、關節腫痛、便血和血尿。

- (2) 有無皮膚粘膜出血、牙齦出血和鼻出血，有無醬油色或葡萄酒色尿。
- (3) 有無畏寒、發熱、骨骼疼痛和體重下降。
- (4) 有無食用蠶豆或應用氧化性藥物，有無應用氯霉素、苯制劑、抗癲癇藥、氨基比林、抗甲狀腺藥物、抗代謝藥、細胞毒藥和免疫抑制劑等藥物，有無輸血史，及過去化療情況。

2. 過去史、個人史

患者的營養狀況、飲食習慣，有無糖尿病、慢性胃腸道疾病和胃腸手術史，有無放射性物質及苯、農藥等物質接觸史，有無病毒性肝炎史，有無組織、器官自發性或輕微創傷後出血史，有無誘發 DIC 疾病、結締組織病和腫瘤。婦女應注意月經、妊娠、分娩及授乳等情況，兒童應注意生長發育情況。

3. 家族史

有無出血性及溶血性等血液系統遺傳性疾病。

4. 體格檢查

- (1) 皮膚粘膜有無蒼白、皮疹、結節、潰瘍和黃疸，毛發色澤，舌與指甲的改變。
- (2) 皮膚有無淤點、淤斑、齒齦、口腔、鼻粘膜、關節、眼底等有無出血。
- (3) 口腔、咽峽、腸道、直腸或肛門等部位有無壞死性潰瘍、膿腫及其他感染病灶。
- (4) 有無淺表淋巴結和肝、脾腫大，有無胸骨叩擊痛和其他部位的骨絡壓痛及腫塊。
- (5) 有無特殊面容及血栓性靜脈炎。

(六) 代謝與內分泌科病歷

1. 現病史

- (1) 有無畏寒、怕熱、無力、多汗、易激動、心悸、食欲異常、腹痛、煩渴、多尿、毛髮脫落、過胖或過瘦、四肢感覺異常、肢體及關節疼痛。
- (2) 有無頭痛、視力障礙和偏盲。
- (3) 有無震顫、痙攣，有無性格、智力改變，有無性器官發育、第二性徵和性功能改變。

- (4) 特殊病例應注意出生時情況及生長發育狀況。
2. 過去史、個人史
月經情況，有無產後大出血、手術史，有無結核病、高血壓、其他自身免疫性疾病和腫瘤等病史。
 3. 家族史
有無先天性遺傳性疾病或類似疾病。
 4. 體格檢查
 - (1) 身高、體重、血壓、神志狀態、毛髮分布，有無特殊面容及體型。
 - (2) 淋巴結有無腫大。
 - (3) 皮膚有無黃色瘤、皮疹、痛風結石、紫紋、潰瘍，皮膚粘膜有無色素沉著。
 - (4) 甲狀腺:是否腫大(甲狀腺腫大分三度。I度:不能看出腫大，但能觸及;II度:看到腫大、又能觸及，但在胸鎖乳突肌以內;III度:超過胸鎖乳突肌)，質地有無結節、震顫、壓痛和血管雜音。
 - (5) 有無甲亢眼征、結膜充血以及晶狀體混濁等。
 - (6) 胸部:乳房情況和心臟的聽診檢查。
 - (7) 腹部外觀和有無腫塊。
 - (8) 第二性徵狀況，外生殖器發育有無異常。
 - (9) 脊柱及四肢:肢體骨骼及關節有無畸形。
 - (10) 神經系統:生理反射、肌張力和感覺有無異常等。

(七)感染科病歷

1. 現病史
 - (1) 發病日期、誘因及可疑感染史(如不潔飲食、注射、輸血、野外作業、狗咬史、近期疫區旅居並與傳染病患者接觸史和疫水接觸史等)
 - (2) 有無前驅症狀:不適、倦怠、食欲減退。
 - (3) 發熱及熱型的變化，發熱與頭痛、腹痛、黃疸等的關係。
 - (4) 有無皮疹，出疹時間、順序、形態、部位。
 - (5) 有無惡心、嘔吐、厭食、腹瀉、腹痛，大便性質。
 - (6) 有無抽搐、驚厥、意識改變。

- (7) 症狀出現的順序。
- (8) 家族及周圍人群中是否有無類似疾病及帶菌或乙型肝炎病毒(HBV)標記物陽性者。

2. 過去史

有關的傳染病史和預防接種史。

3. 體格檢查

體溫、脈搏、血壓、呼吸、神志狀態、外貌、皮疹、淋巴結、心、肺、肝、脾、神經系統，慢性腹瀉的肛門指檢。

急性中毒病歷

1. 現病史

- (1) 毒物的種類，侵入途徑和時間，吞服劑量，是否經過相應處理。
- (2) 發病時間和經過，有無譫妄、昏迷、震顫、痙攣、腹痛、嘔吐(嘔吐物的性質、氣味)、腹瀉、上呼吸道刺激和喉頭水腫症狀，有無流涎、尿色異常、失眠、耳鳴、耳聾等，患者衣服有無藥漬及氣味。
- (3) 非生產性中毒者應注意中毒前是否有無進食某種食物、食物的質量以及有無可能被毒物污染，是否集體發病;有無使用某種藥物，藥物的劑量和用法;中毒前後心理狀況和精神狀態;中毒現場有無可疑毒(藥)物容器及其內容物或殘留食物等。
- (4) 生產性中毒應重點了解毒物接觸史，包括有關毒物生產、包裝、搬運、保管、使用或其他方式的接觸等。

2. 體格檢查

- (1) 神志及精神狀況，有無特殊表情及表現。
- (2) 皮膚及口唇的顏色，有無藥漬及藥味，有無注射痕跡，有無肌肉抽搐或痙攣;體表溫度，有無皮膚出汗或脫水。
- (3) 血壓，瞳孔大小及反應。
- (4) 呼吸頻率、節律、氣味，肺部有無濕囉音、哮鳴音;心律和心率。

(八)神經內科病歷

1. 現病史

- (1) 首發症狀出現的時間、發病緩急、症狀加重或減輕的因素、治療情況和病程的長短等。
- (2) 頭痛:可能的原因、部位、性質、時間、規律、程度、伴發症狀，頭痛加劇或減輕的因素等。
- (3) 疼痛:部位、性質、規律、擴散，引起發作加劇的原因，對各種治療反應的結果如何。
- (4) 麻木:性質、分布、傳播、發展過程。
- (5) 抽搐:初發年齡、有無先兆、抽搐情況、伴發症狀、發作持續時間、發作後症狀、發作的規律、過去治療情況，間歇期有無其他症狀。
- (5) 癱瘓:發病緩急、部位、功能障礙程度、伴發症狀。
- (6) 視力障礙:有無複視、視力減退等。

2. 過去史

有無腦炎、腦膜炎、慢性支氣管炎、外傷、中毒、寄生蟲病、心血管病、代謝及內分泌疾病、惡性腫瘤等。

3. 個人史

嗜好、飲食習慣、工作能力、社會環境、性功能及月經情況，兒童應注意詢問生產經過、身體和智力的發育情況。

4. 家族史

要特別注意遺傳史，對各種遺傳性疾病均應詳細記錄。

5. 體格檢查

應注意有無動脈異常搏動(顳動脈、頸動脈、撓動脈、足背動脈)及血管(如頸部血管)雜音。

6. 神經系統專科檢查

- (1) 一般情況:意識、定向力、記憶力、失語、構音、智力。
- (2) 顱神經檢查。
- (3) 運動:步態、肌力(0—5級)、肌營養狀態、肌張力、共濟運動[指鼻試驗、運動輪替試驗、跟膝脛試驗、羅姆伯格(Romberg)徵]、不自主運動。
- (4) 感覺:淺(痛、觸、溫)、深(震動覺、位置覺)復合感覺(皮層感覺)(定位、辨質、體形覺)。

- (5) 反射:深反射(肱二頭肌反射、肱三頭肌反射、橈骨骨膜反射、膝腱反射、跟腱反射、髕陣攣、踝陣攣)，淺反射(角膜反射、腹壁反射、提睪反射、足蹠反射、肛門反射)，病理反射[霍夫曼(Hoffmann)徵、奧本漢姆 (Oppenheim) 徵、巴彬斯基(Babinski)徵、戈登 (Gordon)徵、卡達克 (Chaddock)徵]。
- (6) 括約肌功能。
- (7) 植物神經檢查:皮膚色澤、溫度、營養狀態、汗液分泌、皮膚劃痕反應等。
- (8) 腦膜刺激征;頸項強直〈克尼格(Kernig)徵、布魯辛斯基 (Brudzinski)徵。