



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

健康评估

h e a l t h a s s e s s m e n t



主编：王秀华
主讲：黄思婷





健康评估



第十章 护理病历书写



目录

> 第一节 护理病历书写的重要性与基本要求

> 第二节 护理病历书写的格式与内容

第一节 护理病历书写的重要性与基本要求

一、定义

护理病历 (nursing records) 是有关护理对象的健康资料、护理诊断、计划及实施、效果评价和健康教育等护理活动的总结与记录，包括文字、符号和图表等资料，是护理文书 (nursing documentation) 的重要组成部分

二、护理病历书写的重要性

1. 指导临床护理实践
2. 评价临床护理质量
3. 指导护理教学与研究
4. 提供法律依据

三、护理病历书写的基本要求

1. 记录及时准确
2. 内容全面真实
3. 填写完整清晰
4. 书写规范工整

第二节 护理病历书写的格式与内容

一、入院评估单

入院评估单是指病人入院后首次进行护理病历记录，其内容包括病人的一般资料、护理病史、护理体检及有关的实验室及其他检查结果等，**一般要求病人入院后24小时内完成**

参考：戈登的
11个功能性健
康型态设计

10-2-1 病人入院护理评估表

+	科室:	病区:	床号:	住院号:
	姓名:	性别:	年龄:	职业: 民族:
	籍贯:	文化程度:		
	婚姻状况:	医疗费用支付形式:		
	住址:	联系电话:		
	入院时间:	入院诊断:		
	资料收集时间:	资料来源:	资料可靠程度:	
	入院类型: ☐ 门诊 ☐ 急诊 ☐ 转入 (转出科室是 _____)			
	入院方式: ☐ 步行 ☐ 扶助 ☐ 轮椅 ☐ 平车 ☐ 背送 ☐ 抱送 ☐ 其他: _____			
	入院处置: ☐ 沐浴 ☐ 更衣 ☐ 未处置			
	入院介绍: ☐ 住院须知 ☐ 对症宣教 ☐ 饮食 ☐ 作息制度 ☐ 探陪制度 ☐ 其他			

10-2-1 病人入院护理评估表

护理病史	
主诉：	
现病史：	
健康观念/ 健康管理 型态	自觉健康状况： ☐ 良好 ☐ 一般 ☐ 较差 ☐ 差 既往病史： ☐ 无 ☐ 有：_____ 家族史： ☐ 无 ☐ 有：_____ 过敏史：药物： ☐ 无 ☐ 不详 ☐ 有：_____ 食物： ☐ 无 ☐ 不详 ☐ 有：_____ 吸烟： ☐ 无 ☐ 有（____年，平均____支/日。戒烟： ☐ 未 ☐ 已戒烟____年） 饮酒： ☐ 无 ☐ 有（____年，平均____两/日。戒酒： ☐ 未 ☐ 已戒酒____年） 槟榔： ☐ 无 ☐ 有（____年，平均____包/日。戒槟榔： ☐ 未 ☐ 已戒____年） 药物依赖/药瘾/吸毒： ☐ 无 ☐ 有（名称____，剂量____/日，戒酒：____年） 环境中危险因素： ☐ 无 ☐ 有：_____ 遵从医护计划/健康指导： ☐ 完全遵从 ☐ 部分遵从 ☐ 不遵从（原因：____） 寻求促进健康的行为： ☐ 无 ☐ 有：_____ 对疾病的认识： ☐ 完全认识 ☐ 部分认识 ☐ 不认识

10-2-1 病人入院护理评估表

营养/代谢 型态	膳食种类： ☐ 普通膳食 ☐ 软食 ☐ 半流质 ☐ 流质 ☐ 禁食 ☐ 治疗膳食：_____
	饮食习惯： ☐ 偏食：_____ ☐ 忌食：_____ ☐ 其他：_____
	食欲： ☐ 正常 ☐ 亢进（____天） ☐ 减退（____天）
	进食方式： ☐ 正常 ☐ 亢进 ☐ 鼻饲 ☐ 胃/空肠造瘘 ☐ 全静脉营养 ☐ 其他
	饮水： ☐ 正常 ☐ 多饮（__ml/日） ☐ 限制饮水（__ml/日）
	近6个月内体重变化： ☐ 无 ☐ 增加（__kg） ☐ 减少（__kg）
	咀嚼困难： ☐ 无 ☐ 有（原因：_____）
	吞咽困难： ☐ 无 ☐ 有（原因：_____）

10-2-1 病人入院护理评估表

排泄型态	排便：____次/天 颜色：____ 性状：____ ☐ 便秘（1次/____日） ☐ 腹泻（____次/日） ☐ 失禁（____次/日） ☐ 造瘘（类型____ 能否自理： ☐ 能 ☐ 否） 应用泻剂： ☐ 无 ☐ 有____
	排尿：____次/天 颜色：____ 性状：____ 量：____ml/d ☐ 尿失禁（____级） ☐ 尿潴留 ☐ 排尿困难 ☐ 尿路刺激征 ☐ 留置尿管 ☐ 膀胱造瘘
	引流： ☐ 无 ☐ 有（类型：____ 性状：____ 量：____ml）

10-2-1 病人入院护理评估表

活动/运动型态生活自理能力-改良 Barthel 指数评定内容与评分标准：

ADL 项目	完全依赖	较大帮助	中等帮助	最小帮助	完全独立
进食	0	2	5	8	10
洗澡	0	1	3	4	5
修饰（洗脸、梳头、刷牙、刮脸）	0	1	3	4	5
穿衣	0	2	5	8	10
控制大便	0	2	5	8	10
控制小便	0	2	5	8	10
上厕所	0	2	5	8	10
床椅转移	0	3	8	12	15
行走（平地 45m）	0	3	8	12	15
使用轮椅*	0	1	3	4	5
上下楼梯	0	2	5	8	10

注：*表示仅有在不能行走时才评定此项。

改良 Barthel 指数评定标准：①完全依赖。完全依赖别人完成整项活动。②较大帮助。某种程度上能参与，但在整个活动中（一半以上）需要别人提供协助才能完成。③中等帮助。能参与大部分的活动，但在某些过程中（一半以下）需要别人提供协助。④最小帮助。除了在准备和收拾时需要协助，病人可以独立完成整项活动，或进行活动时需要别人从旁监督或提示，以保证安全。⑤完全独立。可以独立完成整项活动，而不需别人的监督、提示或协助。改良 Barthel 指数结果的临床意义与 Barthel 指数相同。

Barthel 指数总分 100 分。60 分以上者虽有轻度依赖，但是生活基本自理；40～60 分者为中度依赖，生活需要帮助；20～40 分者为重度依赖，生活需要很大帮助；20 分以下者完全依赖，生活完全依赖照护者。

辅助用具：☐手杖 ☐拐杖 ☐轮椅 ☐助行器 ☐义肢 ☐其他

活动耐力：☐正常 ☐容易疲劳 ☐呼吸困难 ☐吸氧

10-2-1 病人入院护理评估表

睡眠/休息 型态	睡眠： ☐ 正常 ☐ 入睡困难 ☐ 多梦 ☐ 早醒 ☐ 失眠
	午睡： ☐ 无 ☐ 有（约____小时）
	休息后精力是否充沛： ☐ 是 ☐ 否（原因：_____）
	辅助睡眠： ☐ 无 ☐ 有（_____）
认知/感知 型态	疼痛： ☐ 无 ☐ 有（部位：_____；性质：_____；程度：_____； 持续时间：_____；伴随症状：_____）
	视力： ☐ 正常 ☐ 近视 ☐ 远视 ☐ 失明（ ☐ 左眼 ☐ 右眼） ☐ 其他_____
	听力： ☐ 正常 ☐ 耳鸣 ☐ 减退（ ☐ 左耳 ☐ 右耳） ☐ 耳聋（ ☐ 左耳 ☐ 右耳） ☐ 助听器（ ☐ 左耳 ☐ 右耳）
	味觉： ☐ 正常 ☐ 减退 ☐ 缺失 ☐ 其他：_____
	记忆力： ☐ 良好 ☐ 减退（ ☐ 短时记忆 ☐ 长时记忆） ☐ 丧失
	注意力： ☐ 正常 ☐ 分散
	语言能力： ☐ 正常 ☐ 失语 ☐ 构音障碍
	定向力： ☐ 正常 ☐ 障碍
自我概念 型态	对自我的看法： ☐ 满意 ☐ 不满意 ☐ 其他：_____
	情绪： ☐ 焦虑 ☐ 恐惧 ☐ 绝望 ☐ 抑郁 ☐ 其他：_____

10-2-1 病人入院护理评估表

角色/关系 型态	就业情况: ☐
	家庭结构: ☐
	家庭关系: ☐ 和谐 ☐ 紧张
	社会交往情况: ☐ 正常 ☐ 较少 ☐ 回避
	角色适应: ☐ 良好 ☐ 角色冲突 ☐ 角色缺如 ☐ 角色强化 ☐ 角色消退
性/生殖型 态	经济状况: ☐ 良好 ☐ 一般 ☐ 较差
	性生活: ☐ 正常 ☐ 障碍
	月经: ☐ 正常 ☐ 紊乱 ☐ 痛经 ☐ 绝经
	经量: ☐ 正常 ☐ 一般 ☐ 多 持续时间: _____
压力/应对 型态	生育史: 孕次: _____ 产次: _____
	对疾病和住院反应: ☐ 否认 ☐ 适应 ☐ 依赖
	过去一年内重要生活事件: ☐ 无 ☐ 有(_____)
	支持系统: 如照顾者: ☐ 胜任 ☐ 勉强 ☐ 不胜任
价值/信念 型态	家庭应对: ☐ 忽视 ☐ 能满足 ☐ 过于关心
	宗教信仰: ☐ 无 ☐ 佛教 ☐ 基督教 ☐ 天主教 ☐ 其他: _____

10-2-1 病人入院护理评估表

体格检查	
体温：____℃ 脉搏：____次/分 呼吸：____次/分 血压：____mmHg 血糖：____mmol/l 血氧饱和度：____% 身高：____cm 体重：____Kg	
全身状况	意识状态： ☐ 清醒 ☐ 嗜睡 ☐ 意识模糊 ☐ 昏睡 ☐ 浅昏迷 ☐ 深昏迷 ☐ 谵妄 营养： ☐ 良好 ☐ 中等 ☐ 不良 ☐ 肥胖 ☐ 消瘦 ☐ 恶液质 面容： ☐ 正常 ☐ 病容（类型：____） 体位： ☐ 自动体位 ☐ 被动体位 ☐ 被迫体位（类型：____） 带管情况： ☐ 无 ☐ 有（管道名称及通畅情况：____）
皮肤粘膜	颜色： ☐ 正常 ☐ 发红 ☐ 苍白 ☐ 发绀 ☐ 黄染 ☐ 色素沉着 ☐ 色素脱失 湿度： ☐ 正常 ☐ 潮湿 ☐ 干燥 温度： ☐ 正常 ☐ 热 ☐ 冷 弹性： ☐ 正常 ☐ 减退 完整性： ☐ 完整 ☐ 皮疹 ☐ 皮下出血（部位及分布：____） 压力性损伤： ☐ 无 ☐ 有（部位：____；____期；描述：____） 水肿： ☐ 无 ☐ 有（部位：____；____级） 瘙痒： ☐ 无 ☐ 有（描述：____） 皮下瘀斑、瘀点： ☐ 无 ☐ 有（部位：____）
淋巴结	☐ 正常 ☐ 肿大（部位：____）

10-2-1 病人入院护理评估表

头部	眼睑：☐正常 ☐水肿 结膜：☐正常 ☐水肿 ☐出血 巩膜：☐正常 ☐黄染 瞳孔：左（___mm）右（___mm） 对光反射：左（☐正常☐迟钝☐消失）右（☐正常☐迟钝☐消失） 视力：右眼☐正常 ☐近视 ☐远视 ☐其他_____ 左眼☐正常 ☐近视 ☐远视 ☐其他_____ 听力：右耳☐正常 ☐听力下降 ☐听力消失 ☐其他_____ 左耳☐正常 ☐听力下降 ☐听力消失 ☐其他_____ 鼻腔：☐通畅 ☐异常分泌物（颜色：___性状：___） ☐粘膜出血 鼻中隔：☐正常 ☐偏曲 鼻窦区有无压痛：☐无 ☐有（部位：___） ☐唇：☐红润 ☐干燥 ☐发绀 ☐苍白 ☐疱疹 ☐腔粘膜：☐正常 ☐出血点 ☐溃疡 ☐其他：_____ 牙齿：☐完好 ☐缺失（部位：___） ☐义齿（部位：___） ☐松动（部位：___）
----	---

10-2-1 病人入院护理评估表

颈部	颈项强直： ☐ 无 ☐ 有 颈静脉： ☐ 正常 ☐ 充盈 气管： ☐ 居中 ☐ 偏移（描述：_____） 肝颈静脉反流征： ☐ 阴性 ☐ 阳性 甲状腺结节： ☐ 无 ☐ 有（左/右）
胸部	呼吸方式： ☐ 自主呼吸 ☐ 机械呼吸 ☐ 简易呼吸器辅助呼吸 呼吸节律： ☐ 规则 ☐ 不规则（描述：_____） 呼吸困难： ☐ 无 ☐ 轻度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 极重度 吸氧： ☐ 无 ☐ 有（描述：_____） 呼吸音： ☐ 正常 ☐ 异常（描述：_____） 啰音： ☐ 无 ☐ 有（描述：_____） 心率：_____次/分 心律： ☐ 齐 ☐ 不齐（描述：_____） 杂音： ☐ 无 ☐ 有（描述：_____）

10-2-1 病人入院护理评估表

腹部	外形： ☐ 正常 ☐ 膨隆 ☐ 凹陷 ☐ 胃型 ☐ 肠型 腹肌紧张： ☐ 无 ☐ 有（描述：_____） 压痛： ☐ 无 ☐ 有（描述：_____） 反跳痛： ☐ 无 ☐ 有（描述：_____） 肝肿大： ☐ 无 ☐ 有（描述：_____） 脾肿大： ☐ 无 ☐ 有（描述：_____） 移动性浊音： ☐ 阴性 ☐ 阳性 肠鸣音： ☐ 正常 ☐ 亢进 ☐ 减弱 ☐ 消失
肛门直肠	☐ 未查 ☐ 正常 ☐ 异常（描述：_____）
生殖器	☐ 未查 ☐ 正常 ☐ 异常（描述：_____）

10-2-1 病人入院护理评估表

脊柱四肢	脊柱： ☐ 正常 ☐ 畸形（描述：_____） 活动： ☐ 正常 ☐ 受限 四肢： ☐ 正常 ☐ 畸形（描述：_____） 活动： ☐ 正常 ☐ 受限
神经系统	步态： ☐ 正常 ☐ 异常（ ☐ 偏瘫步态 ☐ 剪刀步态 ☐ 跨域步态 ☐ 肌病步态 ☐ 舞蹈样步态 ☐ 共济失调步态 ☐ 帕金森步态 ☐ 痉挛性截瘫步态 ☐ 醉酒步态 ☐ 其他：_____） 肢体瘫痪： ☐ 无 ☐ 有（部位：_____） 左上肢肌张力：_____级 肌力：_____级 右上肢肌张力：_____级 肌力：_____级 左下肢肌张力：_____级 肌力：_____级 右下肢肌张力：_____级 肌力：_____级 不随意运动： ☐ 震颤 ☐ 手足抽搐 ☐ 舞蹈样运动 共济运动： ☐ 指鼻试验 ☐ 指指试验 ☐ 轮替动作 ☐ 跟-膝-胫试验 ☐ Romberg 征 浅感觉： ☐ 痛觉 ☐ 触觉 ☐ 温度觉 深感觉： ☐ 关节觉 ☐ 震动觉 复合感觉： ☐ 皮肤定位觉 ☐ 两点辨别觉 ☐ 实体觉 ☐ 体表图形觉 浅反射： ☐ 角膜反射 ☐ 腹壁反射 ☐ 提睾反射 深反射： ☐ 肱二头肌反射 ☐ 肱三头肌反射 ☐ 膝腱反射 ☐ 跟腱反射 病理反射： ☐ Babinski 征 ☐ Oppenheim 征 脑膜刺激征： ☐ 颈强直 ☐ Kernig 征 ☐ Brudzinski 征

10-2-1 病人入院护理评估表

	检验结果
↶	
↶	
↶	
	检查结果（辅助检查）
↶	
↶	
↶	
	初步护理诊断
↶	
↶	

第二节 护理病历书写的格式与内容

二、病程记录单

病程记录是病人在整个住院期间健康状况变化和护理过程的全面记录，内容包括：①病人的自觉症状、情绪、心理状态；②病情变化，症状体征的改变，各项实验室及其他辅助检查的结果；③对护理诊断的修正或补充；④治疗与护理反应；⑤病人亲属的反映、希望和意见；⑥记录时间及签名

10-2-2 病程记录单

⊕ 科室：呼吸内科 床号：10 姓名：李某 年龄：48岁 住院号：00012345

日期：2024年7月26日

时间：10:00

体温：39.0℃ 脉搏：96次/分 心率：96次/分 呼吸：21次/分 血压：114/83mmHg

血氧饱和度：95% 血糖：5.6mmol/l

神志：清醒

瞳孔：左（3mm）右（3mm）

对光反射：左（☒ 正常 ☐ 迟钝 ☐ 消失）右（☒ 正常 ☐ 迟钝 ☐ 消失）

护理记录：病人自诉发热、咳嗽，咯灰白色痰，痰量不多，易于咳出。出汗较多，口干，今晨饮水约400ml。体检：右下肺可闻及少量湿啰音。遵医嘱予以酒精擦浴、青霉素480万+0.9%生理盐水500ml静脉滴注，青霉素静脉滴注过程顺利，病人无不适反应。9am复测T:38.1℃。嘱病人多饮水以补充因出汗丢失的液体，适当选用其喜爱的果汁类饮料以补充维生素和盐类，病人愿意配合，家属表示理解。

签名：张**（签护士全名）

病程记录要求：①有病情变化及特殊治疗护理时随时记录。
②新入院者要写首次护理记录。③一级护理者每日至少记录1次；
二级护理者每周至少记录2次；三级护理者每周至少记录1次。④急
诊入院者连续记录3天。⑤特殊检查前后者各记录一次。⑥手术者：
手术前要记录术前准备情况；术后当天要记录手术时间、麻醉方式、
手术名称、病人返回病房时间、病人情况、生命体征、伤口及引流
情况；术后前3天至少每日记录1次。⑦出院病人要有出院记录

第二节 护理病历书写的格式与内容

三、一般护理记录单

一般护理记录单的内容包括科别、姓名、床号、ID号、住院号、护理级别、日期、时间、生命体征、基础护理、管道护理、病情观察的记录、护理措施及效果、护士签名等

要求按照焦点记录法记录病人在何时发生了何种病情变化、给予何种处理、有何效果，主观分析护理问题

第二节 护理病历书写的格式与内容

四、特别护理记录单

特别护理记录常用于危重、抢救、大手术后、特殊治疗后需严密观察病情变化的病人，利于及时了解病情的动态变化和治疗、护理的效果

特别护理记录单的记录方法：

- (1) 用蓝/黑水笔填写眉栏各项，包括病人的姓名、科别、病室、床号、住院号、页数等
- (2) 上午7时至下午7时用蓝/黑水笔记录，下午7时至次晨7时用红水笔记录
- (3) 出入液量应每12小时和24小时做1次总结，并记录于体温单上
- (4) 应详细记录病人的病情变化、症状表现、治疗、护理措施及其效果，签全名

第二节 护理病历书写的格式与内容

五、出院评估单

在患者即将出院前1~2天内，将需要注意的问题填写好交给患者，出院当日按照医生的出院诊断和出院小结指导患者及家属出院后的饮食起居、按时服药、专科疾病预防、复诊时间和内容、功能锻炼、自我保护、康复指导等方面的注意事项

第二节 护理病历书写的格式与内容

六、电子病历书写

1. **电子病历**是指医务人员在医疗活动过程中，使用医疗机构信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数字、影像等数字化信息，并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录，是病历的一种记录形式，包括门（急）诊病历和住院病历。使用文字处理软件编辑、打印的病历文档不能称为电子病历

第二节 护理病历书写的格式与内容

六、电子病历书写

2. **电子病历书写**是指医务人员使用电子病历系统，对通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得的有关资料进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为

注意事项：

1. 医疗机构使用电子病历系统进行病历书写，应当遵循客观、真实、准确、及时、完整、规范的原则
2. 电子病历系统首先应对操作人员进行身份识别，并对电子病历赋予唯一身份标识，以确保病人基本信息及其医疗记录的真实性、一致性、连续性和完整性，并保证历次操作印痕、标记操作时间和操作人员信息可查询、可追溯

注意事项：

3. 实习医务人员、试用期医务人员记录的病历，应当由具有本医疗机构执业资格的上级医务人员审阅、修改并予确认

4. 电子病历还应当设置归档状态，医疗机构应当按照病历管理相关规定，在病人门（急）诊就诊结束或出院后，适时将电子病历转为归档状态，归档后原则上不得修改，特殊情况下确需修改的，经医疗机构医务部门批准后进行修改并保留修改痕迹

注意事项：

5. 门（急）诊电子病历由医疗机构保管的，保存时间自病人最后一次就诊之日起不少于15年；住院电子病历保存时间自病人最后一次出院之日起不少于30年

第二节 护理病历书写的格式与内容

六、电子护理记录表（参考）

表 10-2-3 一般护理记录单

项目	Me was 总分	体温 (℃)	脉搏 (次/分)	心率 (次/分)	呼吸 (次/分)	血压 mmHg	血氧饱和度	血糖	神志	瞳孔				平均动脉压 mmHg	心律	卧位	专科需求	摄入	排出	日常生活能力评定	病情	压力性损伤危险因素评估	跌倒/坠床危险因素评估	心理评估量表	营养风险筛查表	疼痛评估	深静脉血栓风险评估	睡眠状况自评量表	肌力筛查量表5项评分量表	意识模糊评估法(CAM)	衰弱筛查量表FRAIL	尿失禁	皮肤完整性	压力性损伤	管道	修改人	签名护士	
										大小		对光反射																										
										左	右	左	右																									
日期																																						



谢谢观看

