

姓名_____

康复医学科入院记录

病历号_____

姓名：

出生地：

性别：

职业：

年龄：

入院时间：

民族：

记录时间：

婚姻：

病史陈述者：

主诉：是指促使患者就诊的最主要原因，包括主要功能障碍的致因和表现，以及持续时间。

现病史：是指患者本次功能障碍的发生、演变、诊疗等方面的详细情况（按时间顺序书写）。内容包括：

1. 引起主要功能障碍的疾病的发病情况：记录发病时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能原因或诱因。

2. 主要功能障碍的特点及其发展变化情况：按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素，以及演变发展情况。

3. 伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

4. 发病以来诊疗经过及结果：记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号（“ ”）以示区别。

5. 发病以来一般情况：患者发病后的精神状况、睡眠、食欲、体重等情况。

6. 发病以来日常生活活动能力描述，包括进食、穿衣、修饰、洗澡、二便控制、如厕、转移、行走、上下楼梯等情况。

与本次患病有密切关联的其他疾病情况，以及虽与本次患病无关联但确需治疗的其他疾病情况，都可在现病史后另起一段予以记录。

既往史：是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史等。

个人史：记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无夜游史。**记录患者平素生活和工作环境、职业特点、经济背景及心理社会适应状况等内容。**

患者如果是脑瘫患儿，应记录患儿出生情况、喂养情况、生长发育情况等。

婚育史、月经史：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间（或闭经年龄），月经量、痛经及生育等情况。

家族史：父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

体格检查

T ℃ P 次/分 R 次/分 BP / mmHg

按系统循序进行书写，内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况（对脑损伤患者意识状态、精神状态可见专科检查），皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、肺部、心脏、血管），腹部（肝、脾等），直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢等。

专科情况：**专科情况应当根据专科疾病特点重点记录专科特殊情况。某病没有出现症状和体征不必填写。具体说明如下：**

一、高级脑机能 **包括意识状态、言语、理解、表达、注意、计算、定向、记忆、精神状态等，可自行选择采用高级脑机能评定量表进行评定如 LOCTA 认知功能成套测验，有言语障碍者应用失语症筛查量表区分失语症、构音障碍、再进一步应用相应评定量表进行评定。**

二、颅神经 **如有吞咽障碍者可自行选择应用吞唾液测试或饮水试验等**

三、运动

1、一般情况：**包括肌肉（正常 萎缩 肿胀 痉挛 部位）、关节（正常 畸形 发红 肿胀 疼痛 部位）、肢体围度（正常 增大 减小 部位）**

2、肌张力 **对患者肢体肌张力情况如降低、正常、增高进行填写，如增高可自行选择量表如改良 Ashworth 等进行描述。**

3、肌力 **自行选择量表如徒手肌力测定（MMT）等对患者肢体肌力情况进行文字描述，如肩前屈、肩外展、屈肘、伸腕、屈髋、伸膝、踝背伸等肌力。对于周围神经的病损，要按肌群详细填写。脊髓损伤患者检查上下肢各 5 个关键肌群的肌力以及鞍区运动的有无，确定运动平面。**

4、关节活动度 对患者各个关节活动情况自行描述，如颈椎、肩关节、肘关节、髋关节、膝关节等。

骨科其它情况：如涉及到骨科其它检查内容，如颈椎、腰椎、躯干、四肢等特殊检查方式，可在此处文字描述，如颈椎间孔挤压试验、臂丛牵拉试验、直腿抬高试验、“4”字试验、仰卧挺腹试验、股神经牵拉试验、Tinel 征、Thomas 征等内容。

5、Brunnstrom 分期（适于偏瘫）__侧、上肢__期、手部__期、下肢__期

四、感觉：包括浅感觉、深感觉、皮层感觉、脊髓损伤患者检查 28 个感觉关键点、鞍区感觉，确定感觉平面。

五、反射：包括浅反射、深反射、病理反射、脑膜刺激征、其它反射如球海绵体反射、肛门反射、脑瘫患儿增加原始反射/反应与姿势反射。

六、平衡与协调功能：平衡功能可自行选择量表如 Berg 平衡量表。协调功能：指鼻试验、指-指试验、轮替试验、拍膝试验、跟-膝-胫试验等。

七、步行能力：可自行选择应用步行能力评定量表如 Holden 步行功能分级、FIM 步行能力评定量表等。

八、日常生活活动能力 采用改良 Barthel 指数等量表。

辅 助 检 查

辅助检查是指入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应分类按检查时间顺序记录检查结果，如系在其他医疗机构所作检查，应当写明该机构名称及检查号。

初步诊断：

医师签名：

初步诊断是指经治医师根据患者入院时情况，综合分析所作出的诊断。如初步诊断为多项时，应当主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。注意疾病诊断书写在前，功能诊断书写在后。如：

1、脑梗死（左侧基底节，恢复期）

右侧肢体偏瘫

混合性失语

ADL 部分依赖

2、高血压病（3 级 极高危）

这样描述符合病历书写对诊断的通用规则和一贯原则，也便于统计时对疾病谱和一段时间住院患者疾病构成比的准确统计，明确引起某种障碍的疾病及数量。