

1 护理文书书写基本规范及要求

第一篇：1 护理文书书写基本规范及要求

护理文书书写基本规范及要求

一、基本要求

1.根据卫生部《病历书写基本规范（2010）》及《卫生部办公厅关于在医疗机构推行表格式护理文书的通知》（卫办医政发[2010]125号）文件要求制定本规范。

2.护士需要填写、书写的护理文书包括：体温单、医嘱单、病危（病重）患者护理记录单、手术清点记录单。

3.护理文书一律使用蓝黑或碳素墨水笔书写。

4.护理文书一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，医学教育网搜集整理日期用年-月-日，时间采用24小时制，具体到分钟。

5.护理文书记录内容应当客观、真实、准确、及时、规范。

6.书写应当使用中文、医学术语和通用的外文缩写，文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

7.书写过程中出现错字时，用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。上级护理人员有审查修改下级护理人员书写的记录的责任。

8.实习护士、试用期护士、未取得护士资格证书或未经注册护士书写的护理记录，应由本医疗机构具有合法执业资格的护士审阅并签名，需修改时用红色笔修改并签名。

9.进修护士由接受进修的医疗机构认定其工作能力后方可书写护理文书。

二、体温单填画要求

1.体温单项目分为楣栏、一般项目栏、生命体征绘制栏、特殊项目栏。2.各项目栏除特殊要求和说明外，均应使用同色笔书写。3.数字除特殊说明外，均使用阿拉伯数字表述，不书写计量单位。4.体温单填写、绘画过程中出现错误时应重新书写。【填写说明】：

1.楣栏项目包括：科室、床号、姓名、性别、年龄、住院病历号（或病案号）、入院日期，均使用正楷字体书写。

2.一般项目栏包括：日期、住院天数、手术后天数等。

（1）日期：住院日期首页第1日及跨年度第1日需填写年-月-日（如：2010-07-29）。每页体温单的第1日及跨月的第1日需填写月-日（如08-01），其余只填写日期。（2）住院天数：自入院当日开始计数，直至出院。

（3）手术后天数：自手术次日开始计数，连续书写14天，若在14天内进行第2次手术，则将第1次手术天数作为分母，第2次手术天数作为分子填写。

3.生命体征绘制栏：包括体温、脉搏描记及呼吸记录区。（1）体温

①40℃-42℃之间的记录：用红色水笔在40℃-42℃之间以正楷汉字纵向顶格填写患者入院（急诊手术入院）、转入、手术、分娩、出院、死亡等。除手术不写具体时间外，其余均按24小时制，精确到分钟，转入时间由转入科室填写。书写可超过40℃，破折号占两小格，如“入院——九时十分”。急诊手术住院患者入院时间从患者进入手术室时间算起，其他患者入院时间从到达病房办理住院程序时间算起。

②体温符号：口温以蓝“●”表示，腋温以蓝“×”表示，肛温以蓝“○”表示。③每小格为0.2℃，按实际测量度数，用蓝色笔绘制于体温单35℃-42℃之间，相邻温度用蓝直线相连。新入院患者体温超过40℃，仍画在相应位置。

④体温不升时，可将“不升”二字写在35℃线以下。

⑤物理降温30分钟后、药物降温30分钟后至两小时内测量的体温以红圈“○”表示，画在降温前温度的同一纵格内，以红虚线（下降）或红直线（上升）与降温前温度相连，体温无变化时在降温前温度外画红“○”表示。

⑥一般住院（含新入院）患者每天测量体温、脉搏、呼吸1次，发热、手术、病危（病重）、感染性疾病等患者按医嘱或专科护理常规处理。

⑦患者拒绝测体温、擅自离院时在体温单 37℃线对应时间上用蓝色“△”表示，与前后之间不连线，即曲线在该时间格内间断。

(2) 脉搏

①脉搏符号：以红点“●”表示，每小格为4次/分，相邻的脉搏以红直线相连。心率用红“○”表示，两次心率之间也用红直线相连。

②脉搏与体温重叠时，先划体温符号，再用红色笔在体温符号外划“○”。与肛温重叠时在蓝“○”内画红点“●”表示；与口温重叠时在蓝“●”外画红“○”表示。

③脉搏短绌患者应同时测量心率和脉率，二者之间用红直线填满。

(3) 呼吸

①以阿拉伯数字表述每分钟呼吸次数，用红色笔记录在呼吸栏目内。

②如每日记录呼吸2次以上，在相应栏目内上下交错记录，第1次呼吸记录在上方。③使用呼吸机患者的呼吸以“R”表示，在体温单相应时间栏目内用黑色笔顶格画“R”。4.特殊项目栏包括：血压、入量、尿量、大便、引流量、体重、身高等需观察和记录的内容。

(1) 血压

①单位:毫米汞柱 (mmHg)。

②记录方式：收缩压/舒张压 (130/80)。

③记录频次：新入院患者及时测量血压并记录，余根据患者病情及医嘱测量并记录，如为下肢血压需标注。栏目内每日可记录两次，若测量两次以上可记录在空格栏或护理记录单。

(2) 入量

①单位：毫升 (ml)。

②记录频次：将24小时总入量记录在相应日期栏内,每隔24小时填写1次。不足24小时按实际时间记录：量/时间（小时数），如1500/13。

(3) 尿量

①单位：毫升 (ml) 或次/日。

②记录频次：将24小时小便次数或总量记录在相应日期栏内,每隔

24 小时填写 1 次。不足 24 小时按实际时间记录：量/时间（小时数），如 1600/15。

③ “※” 表示小便失禁，导尿以 “C” 表示，长期留置尿管以 “C+” 表示。长期留置尿管尿量记录：量/C+/时间（小时数），如：2800/C+/20；如满 24 小时则不需写时间，如：3000/C+。

（4）大便

①单位：克（g）或次/日。

②记录频次：将 24 小时大便次数或总量记录在相应日期栏内，每隔 24 小时填写 1 次。③其他情况：患者无大便，以 “0” 表示；灌肠后大便以 “E” 表示，分子记录大便次数，例：1/E 表示灌肠后大便 1 次；0/E 表示灌肠后无排便；11/E 表示自行排便 1 次，灌肠后又排便 1 次；“※” 表示大便失禁，“☆” 表示人工肛门。

（5）量（ml）栏

按医嘱或专科要求记录排出量，空格处填写排出液（引流、呕吐、痰等）的名称，将 24 小时量记录在相应日期栏内，不足 24 小时记录：量/时间，如：痰量（ml），100/18。

（6）体重

①单位：公斤（kg）。

②记录频次：新入院患者当日应当测量体重并记录，余根据患者病情及医嘱测量并记录。③特殊情况：如因病情重或特殊原因不能测量者，在体重栏内可填上“卧床”。（7）身高

①单位：厘米（cm）。

②记录频次：新入院患者当日测量身高并记录，余患者根据医嘱或者专科要求测量并记录。

（8）空格栏

可填写需要增加的观察内容和项目，如记录管路情况等。使用 HIS 系统等医院，可在系统中建立可供选择项，在相应空格栏中予以体现。

三、医嘱单记录要求

1. 护士过长期医嘱应在医嘱单上签全名，执行临时医嘱后及时签

上全名及时间。2. 医嘱有药物过敏试验者，应将药物过敏试验的结果填写在医嘱单上，执行者在医嘱单上签名。

3.抢救结束后医生补记的口头医嘱执行护士应及时签全名和执行时间。【填写说明】：

（一）长期医嘱单

长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、床号、住院病历号（或病案号）、开始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、护士签名、页码。其中，由医师填写开始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间。护士每天执行长期医嘱的给药单、输液单、治疗单等，由执行护士签名，不归入病历。

（二）临时医嘱单

临时医嘱单内容包括患者姓名、科别、床号、住院病历号（或病案号）、日期和时间、临时医嘱内容、医师签名、执行护士签名、执行时间、页码。其中，由医师填写医嘱时间、临时医嘱内容；由执行临时医嘱的护士填写执行时间并签名。

四、护理记录单书写要求

1.适用范围：病重、病危患者，病情发生变化、需要监护的患者。

2.病重（病危）患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重（病危）患者住院期间护理过程的客观记录。

3.病重（病危）患者护理记录内容包括：患者姓名、性别、年龄、科室、住院病历号（或病案号）、床位号、诊断、页码、记录日期和时间、根据专科特点需要观察、监测的项目以及采取的治疗和护理措施、护士签名、页码等。护理记录应当根据相应专科的护理特点设计并书写，以简化、实用为原则。4.按医嘱或专科要求及时观察病情变化、准确测量各项数值并记录。

5.每天 7:00 将 24 小时出、入量汇总于护理记录单上，不足 24 小时按实际时间书写，用红笔上、下划线标识，签全名，然后记录在体温单上。

6.抢救患者应在班内或抢救结束后 6 小时内据实补记抢救护理记录，内容包括病情变化、抢救时间及护理措施。

7.病重（病危）患者出院、转入、转出科室应记录。8.门急诊留观危重病人按危重护理记录要求书写。【填写说明】：

（一）楣栏：包括患者科室、床号、姓名、年龄、性别、住院病历号、入院日期、诊断。

（二）项目内容：

1.出、入量，单位为毫升（ml）。入量项目包括：使用静脉输注的各种药物、口服的各种食物（折算成含水量ml）和饮料以及经鼻胃管、肠管输注的营养液等。出量项目包括：尿、便、呕吐物、引流物等，需要时，写明颜色、性状。按医嘱要求及时、准确、详细记录，注明出、入量的具体时间，每班小结一次，记录在病情观察栏内。出量下的空格栏可填写需要增加的观察项目和内容。

2.意识。根据患者实际意识状态选择填写：清醒、嗜睡、意识模糊、昏睡、浅昏迷、深昏迷、谵妄状态。

3.体温（T），单位为℃。直接在“体温”栏内填入测得数值，不需要填写数据单位。4.脉搏(P)/心率（HR），单位为次/分。直接在“脉搏/心率”栏内填入测得数值，不需要填写数据单位，脉搏短绌者同时记录脉率和心率。

5.呼吸（R），单位为次/分。直接在“呼吸”栏内填入测得数值，不需要填写数据单位。6.血压（BP），单位为毫米汞柱（mmHg）。直接在“血压”栏内填入测得数值，不需要填写数据单位。

7.血氧饱和度，单位为%。根据实际填写数值，不需要填写数据单位。

8.吸氧，单位为升/分（L/min）。可根据实际情况在相应栏内填入数值，不需要填写数据单位，并记录吸氧方式，如鼻导管、面罩等。

9.皮肤情况。根据患者皮肤出现的异常情况选择填写，如压疮、出血点、破损、水肿等。10.管路护理。根据患者置管情况填写，如静脉置管、导尿管、引流管等。

11.病情观察及措施。简要记录患者病情以及根据医嘱或者患者病情变化采取的措施。

五、手术清点记录单填写要求 1．手术清点记录内容包括患者科

别、姓名、性别、年龄、住院病历号（或病案号）、手术日期、手术名称、输血情况、术中所用各种器械和敷料数量的清点核对、手术器械护士和巡回护士签名等。

2.手术清点记录应当在手术结束后即时完成，由手术器械护士和巡回护士签全名。3.表格内的清点数必须用数字说明，不得用“√”表示。表格内的清点数目必须清晰，数字书写错误时应由当事人即时重新书写，不得采用刮、粘、涂等方法涂改。

4.空格处可以填写其他手术物品。

5.无菌包包外灭菌指示卡、植入体内医疗器具的相关标识、条形码粘贴于手术清点记录单背面指定处。

第二篇：护理文书书写规范

安钢职工总医院

护理文书书写规范(2010年2月修订)

一、体温单

体温单为表格式，以护士填写为主，内容包括患者姓名、科室、床号、入院日期、住院号、日期、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院周数等。

1、用蓝黑钢笔填写下列各项：科别、床号、姓名、性别、年龄、诊断、住院号、日期、住院天数、大小便、出入水量、体重、血压、页数(周数)等。

2、日期栏：每页第一日应填写年、月、日，其余只填日。如在其中遇到新的月份或新的，应填月、日或年、月、日。

3、住院天数栏：自入院第一日起连续填写至出院日。

4、手术后天数栏：用红笔填写手术或分娩后日数，手术或分娩后当日在相应时间内纵行填写“手术”、“分娩”二字于40—42℃之间，术后次日为术后第一日，填写“1”，以后依次类推，填至术后14天。此期间如做第二次手术，应在手术当日相应时间内纵行填“手术2”。如在上次手术后第4天再次手术，手术后天数应写1 /

5、2 /

6、3 / 7,, . . , 换页后写成第二次手术的手术日数，如4、5、6,,

填至术后 14 天为止。

5、在 40 - 42℃之间相应时间栏内，用红笔纵行书写入院、转入、出院、死亡、分娩、手术、外出、拒测、请假等。入院、转入、死亡应标明于几时几分。转入患者由转入科室书写“转入于几时几分”。

6、T、P、R 的原测单要保存一个月。

7、转床病人，在体温单床号栏内标记，如 8 房 1 床转 3 房 1 床，应标记为“8 - - 1”。

(一)体温单的绘制

1、体温单用蓝笔绘制，腋温以“X”表示，两次体温之间用蓝笔连线。如两次体温在同一水平线上，则不用连线。

2、体温与脉搏在同一点时，则在体温之外画以红圈。

3、物理或药物降温后 30 分钟测得的体温，以红“○”表示，画在同一纵格内，并用红虚线与降温前体温相连，下次的体温仍与降温前的体温相连。如降温处理后，所测体温不变，在原体温符号外画一红“○”表示。如降温处理后，所测体温较降温前升高，同样用红虚线与降温前相连。

4、如果体温低于 35℃，可标为体温不升，在 35℃以下相应时间栏内顶格用蓝黑钢笔纵行填写“体温不升”，下次体温不与前次体温相连。

5、体温绘制要准确、可靠，病人外出、请假或拒测，应在 40 ~ 42℃之间相应时间栏内用红笔注明“外出、请假或拒测”，请假必须有请假条。

6、(1)新入院病人，每日测体温两次(7Am — 3Pm)，连测 3 天，体温无异常时改为每日 3PM 测量一次。

(2)手术后病人每日测体温四次(7Am - 11Am — 3Pm — 7Pm)，连测 3 天，无异常者改为每日 3Pm 测量一次。

7、(1)体温在 37 . 5—38 . 4℃之间者，白天每 4 小时测量一次，体温恢复正常后，连续观察三天(7Am 1

— 11Am — 3Pm—7Pm)，无异常后，改为每日 3Pm 一次。体温超过 38 . 5℃者，24 小时 q4h 测量。

(2)输液反应引起的发热，必须观察 24 小时(Q4h 测体温)，体温恢复正常后改为每日 3Pm 测体温一次。

8、危重、病重患者无医嘱情况下可按每 4h 测量一次 T、P、R、BP。

9、5 岁(包括 5 岁)以上患儿应测 T、P、R、BP，5 岁以下者只测 T，危重患儿测 T、P、R。

10、绘制连续二次体温之间病人发热的体温与降温后测的体温不绘制，但必须记录在交接班本上。

11、冰帽，冰毯持续物理降温时，不用按物理降温绘制在体温单上。

(二)脉搏的绘制

1、脉搏以红“●”表示、两点之间用红线相连。如两次脉搏在同一水平线上，则不用连线。

2、心率与脉搏不一致(房颤)时，心率画红圈，脉搏画红点，并分别连线至一致后再画红点，两连线的空白区以红笔画垂直线填满。

(三)呼吸的绘制

1、呼吸用黑笔画“●”为标志，相邻两次呼吸用黑笔画线相连。如两次呼吸在同一水平线上，则不用连线。

2、使用呼吸机的病人，呼吸以黑®表示，®标在开始使用呼吸机时体温单相应时间栏内 30 次黑线下，顶格填写，只在开始时标一次即可，之后不再绘制呼吸曲线，待病人自主呼吸恢复，呼吸机撤除后，再开始绘制呼吸曲线。不用与前呼吸相连。

3、病人呼吸少于 10 次时，画在体温单最底线上(按 10 次画)。脉搏与呼吸相重叠时，先划呼吸符号，再用红笔在外划红圈“○”表示。体温与呼吸相重叠时，先划体温符号，再用黑笔在外划黑圈“○”表示。

注：叉、点、圈大小为 1—2mm，连线应用尺子画直，绘制正确、美观，与护理记录单一致。

(四)体温单下方诸项的填写

1、体温单下方各项均应用蓝黑钢笔填写。

2、大便：以次为单位，每 24 小时记录一次，记前一天的大便次

数，从入院第 2 天开始填写。如灌肠后大便一次填写 1 / E；灌肠后无大便填写 O / E；1 / E 表示自行排便一次，灌肠后又排便一次。

“4 / 2E”表示灌肠 2 次后排便 4 次，大、小便失禁、人工肛门以 “※” 为标志。

3、小便：以次为单位。如记录尿量应加 ml，并填写在小便栏内，从入院第 2 天开始填写。留置导尿者用 ⊙ 表示。

4、出入水量：以 ml 为单位。出入水量不足 24 小时的，应标明，如 8h：1200。单纯记录出入水量者，详细记录在护理记录单上，并把总量填在体温单上。

5、血压：以 mmHg 为单位。凡每天一次或两次测血压者，均记录在此栏中。

6、体重：以 Kg 为单位。如用平车送来的病人，又无法了解病人体重时，体重栏内可填“平车或卧床”。每周测体重一次。

7、药物过敏栏：病人入院后必须询问有无过敏史。有过敏史者填写在入院当天栏目中，只写药物名称，不用画过敏符号。如在住院期间出现药物过敏者，应在相应日期栏内填写。皮试阳性者如青霉素，1 应标记为青霉素(+)，“+”用红钢笔标记。

以上各项除在小便栏中记录尿量外，均只记数字，免记单位。

二、医嘱单 长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院号、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、执行护士签名。临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行护士签名等。

1、用蓝黑钢笔签字。

2、签字必须清晰，易辨认。

3、未取得护士执业证的护士必须双签名，如老师 / 学生。

4、谁执行谁签字，尤其抢救用药、术前用药、术前 30 分钟应用抗生素、药物皮试等。

5、“St”医嘱一般在 10 分钟内执行，抢救病人时，医嘱时间与执行时间可一致。

三、护理记录单

按国家卫生部要求，对病重、病危患者做护理记录，其它患者按医嘱要求记录。

具体要求：

病重（病危）患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重(病危)患者住院期间护理过程的客观记录。病重(病危)患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写。内容包括患者姓名、科别、住院号，床号、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。记录时间应当具体到分钟。

1、病重，病危新入院首次记录应包括：患者的入院方式（急诊、平诊、步行、平车、轮椅、扶行等）、时间、生命体征、神志、心理状态、皮肤、饮食、主诉、症状、体征、活动、卧位等主要病情和处置情况、给予的护理措施、健康指导等。

2、各种治疗抢救、护理措施：针对患者病情变化所执行的各种治疗抢救方法和采取的护理措施。按时间顺序准确记录患者的生命体征、具体抢救护理措施，停止抢救时间，必须于抢救工作结束后 6 小时内完成记录。若患者死亡应写“临床死亡”。

3、护理效果：患者接受治疗抢救和护理后的反应。

4、对手术患者，术后回病房后按医嘱要求做观察记录。手术后病人入住 ICU 或报病重、病危，记录生命体征、何种麻醉、什么手术、返回 ICU 或病房时间、神志、切口有无渗血、各种引流管是否通畅、引流液的性质、量、健康指导等。

5、出入水量记录：摄入量：包括每日饮水量、食物含水量、输入的液体量等。凡是固体的食物除须记录固体单位量，须换算成食物的含水量。排出量：包括尿量、大便量、呕吐量、咯血量、痰量、胃肠减压量、腹腔抽出液量、各种引流液量及各种伤口渗出量等，除大便记录以克表示外，液体以毫升为单位记录。

凡记录出入水量者由大夜班总结 24 小时出入量，在截止时间下用蓝黑钢笔画线，线下填写总入量、总出量，并将总数填写在当日下夜班体温单相应栏内。第一次不足 24 小时的写明几小时的总量。

如总结 24 小时出入量时，液体未输完，可在 24 小时入量下一行

入量栏内写“余液多少毫升”。（所有病危、病重患者均记录出入水量，其他患者根据医嘱要求记录）

6、心电监护每小时记录一次，每班描记心电示波图形于监护记录上一次，有异常及时描记。其它监护内容根据医嘱要求记录。

7、介入术后护理记录单：介入术后回病房后应用，根据医嘱要求记录。若入住ICU则按ICU记录单记录。

8、转科记录应包括：患者主诉，在本科住院期间经什么治疗、什么护理后疾病的转归，及转科目的。

9、出院记录应包括：患者主诉，在住院期间经什么治疗、什么护理后的疾病转归及出院康复指导。

10、护理记录单书写应字体工整、清晰，书写过程中出现错字时用双线划在错字上，不得采用刮、涂、粘等方法掩盖或去除原来的字迹。项目填写齐全，无漏项。

11、表述准确，语句通顺，记录内容客观、真实、准确、及时、完整，使用医学术语及通用的外文缩写，体现专科特点，并与医生一致。

12、用蓝黑钢笔书写，每次记录后签全名。未注册护士书写的护理记录要有注册护士或护士长签名。注：（1）每页第一行时间写月、日。

（2）护士长或上级护士每日审阅并签字，用红钢笔修改，每页不超过三处，并在修改同一行签名处签字，并注明修改时间。患者出院时审阅一次。

（3）记录时间应具体到分钟，病危、病重患者病区至少4小时记录一次生命体征，每班记录一次病情，病情变化随时记录。ICU每0.5-1小时记录一次监护项目，每班记录一次病情，病情有变化随时记录。

（4）书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用24小时制记录。

四、手术清点记录 手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录，应当在手术结束后即时完成。手术清点记录应当另页书写，内容包括患者姓名、住院号、手术日期、手术名称、术中所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器

械护士签名等。

自 2010 年 3 月 1 日开始实施。

2010 年 2 月暂定

第三篇：护理文书书写规范

学习护理文书书写规范及要求

一、基本要求

1.根据卫生部《病历书写基本规范（2010）》及《卫生部办公厅关于

在医疗机构推行表格式护理文书的通知》（卫办医政发[2010]125号）

文件要求制定本规范。

2.护士需要填写、书写的护理文书包括：体温单、医嘱单、病危（病重）患者护理记录单、手术清点记录单。

3.护理文书一律使用蓝黑或碳素墨水笔书写。

4.护理文书一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，日期用年 - 月

-

日，时间采用 24 小时制，具体到分钟。

5.护理文书记录内容应当客观、真实、准确、及时、规范。

6.书写应当使用中文、医学术语和通用的外文缩写，文字工整，字

迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

7.书写过程中出现错字时，用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。上级护理人员有审查修改下级护理人员书写的记录的责任。

8.实习护士、试用期护士、未取得护士资格证书或未经注册护士书

写的护理记录，应由本医疗机构具有合法执业资格的护士审阅并签

名，需修改时用红色笔修改并签名。

9.进修护士由接受进修的医疗机构认定其工作能力后方可书写护理文书。

二、体温单填画要求

1.体温单项目分为楣栏、一般项目栏、生命体征绘制栏、特殊项目栏。

2.各项目栏除特殊要求和说明外，均应使用同色笔书写。

3.数字除特殊说明外，均使用阿拉伯数字表述，不书写计量单位。

4.体温单填写、绘画过程中出现错误时应重新书写。

【填写说明】

1.楣栏项目包括：科室、床号、姓名、性别、年龄、住院病历号（或

病案号）、入院日期，均使用正楷字体书写。

2.一般项目栏包括：日期、住院天数、手术后天数等。

（1）日期：住院日期首页第1日及跨第1日需填写年-月-日（如：2010-07-29）。每页体温单的第1日及跨月的第1日需填写月-日（如08-01），其余只填写日期。

（2）住院天数：自入院当日开始计数，直至出院。

（3）手术后天数：自手术次日开始计数，连续书写14天，若在14天内进行第2次手术，则将第1次手术天数作为分母，第2次手术天数作为分子填写。

3.生命体征绘制栏：包括体温、脉搏描记及呼吸记录区。

（1）体温

①40℃-42℃之间的记录：用红色水笔在40℃-42℃之间以正楷汉字纵向顶格填写患者入院（急诊手术入院）、转入、手术、分娩、出院、死亡等。除手术不写具体时间外，其余均按24小时制，精确到分钟，转入时间由转入科室填写。急诊手术住院患者入院时间从患者进入手术室时间算起，其他患者入院时间从到达病房办理住院程序时间算起。

②体温符号：口温以蓝“●”表示，腋温以蓝“×”表示，肛温以蓝“○”表示。

③每小格为 0.2℃，按实际测量度数，用蓝色笔绘制于体温单 35℃ - 42℃之间，相邻温度用蓝直线相连。新入院患者体温超过 40℃，仍画在相应位置。

④体温不升时，可将“不升”二字写在 35℃线以下。

⑤物理降温 30 分钟后、药物降温 30 分钟后至两小时内测量的体温以红圈“○”表示，画在降温前温度的同一纵格内，以红虚线（下降）或红直线（上升）与降温前温度相连，体温无变化时在降温前温度外画红“○”表示。

⑥新入院患者每天测量体温、脉搏、呼吸 4 次，连续四天均正常后改为：一级护理每日测量 2 次，二级及三级护理每日测量 1 次。当体温大于等于 37.5 度小于 38.5 度时每日测量体温、脉搏、呼吸 4 次，当体温大于等于 38.5 度则每日测量体温、脉搏、呼吸 6 次，直至体温降至正常范围连续三天后再根据其护理级别测量体温、脉搏、呼吸。病危患者每日测量体温、脉搏、呼吸次。

⑦患者拒绝测体温、擅自离院时在体温单呼吸线 10-15 次处用蓝黑墨水或碳素墨水注明“拒测”或“请假”。，与前后之间不连线，即曲线在该时间格内间断。

（2）脉搏

①脉搏符号：以红点“●”表示，每小格为 4 次/分，相邻的脉搏以红直线相连。心率用红“○”表示，两次心率之间也用红直线相连。②脉搏与体温重叠时，先划体温符号，再用红色笔在体温符号外划“○”。与肛温重叠时在蓝“○”内画红点“●”表示；与口温重叠时在蓝“●”外画红“○”表示。

③脉搏短绌患者应同时测量心率和脉率，二者之间用红直线填满。

（3）呼吸

①以阿拉伯数字表述每分钟呼吸次数，用红色笔记录在呼吸栏目内上下交错记录。

②使用呼吸机患者的呼吸以“○R”表示，在体温单相应时间栏目

内用黑色笔顶格画“○R”。

4.特殊项目栏包括：血压、入量、尿量、大便、引流量、体重、身高等需观察和记录的内容。

(1) 血压

①单位: 毫米汞柱 (mmHg) 。

②记录方式：收缩压/舒张压 (130/80) 。

③记录频次：新入院患者及时测量血压并记录，余根据患者病情及医嘱测量并记录，如为下肢血压需标注。栏目内每日可记录两次，若测量两次以上可记录在空格栏或护理记录单。

(2) 入量

①单位：毫升 (ml) 。

②记录频次：将 24 小时总入量记录在相应日期栏内,每隔 24 小时填写 1 次。不足 24 小时按实际时间记录。

(3) 尿量

①单位：毫升 (ml) 或次/日。

②记录频次：将 24 小时小便次数或总量记录在相应日期栏内,每隔 24 小时填写 1 次。不足 24 小时按实际时间记录。

(4) 大便

①单位：克 (g) 或次/日。

②记录频次：将 24 小时大便次数或总量记录在相应日期栏内,每隔 24 小时填写 1 次。

③其他情况：患者无大便，以“0”表示；灌肠后大便以“E”表示，分子记录大便次数，例：1/E 表示灌肠后大便 1 次；0/E 表示灌肠后无排便；11/E 表示自行排便 1 次，灌肠后又排便 1 次；“※”表示大便失禁，“☆”表示人工肛门。

(5) 量 (ml) 栏

按医嘱或专科要求记录排出量，空格处填写排出液（引流、呕吐、痰等）的名称，将 24 小时量记录在相应日期栏内。

(6) 体重

① 单 位 ： 公 斤 （ kg ） 。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：

<https://d.book118.com/206205001023010212>