

我的行動計畫



特殊指示

當我的血壓
高於 ____ / ____ 時，我應該

當我的血壓
低於 ____ / ____ 時，我應該

日期	上午/下午	血壓	日期	上午/下午	血壓	日期	上午/下午	血壓	日期	上午/下午	血壓
	上午/下午	/			/			/			/
	上午/下午	/			/			/			/
	上午/下午	/			/			/			/
	上午/下午	/			/			/			/
	上午/下午	/			/			/			/
	上午/下午	/			/			/			/
	上午/下午	/			/			/			/
	上午/下午	/			/			/			/

個人資訊

姓名：

醫療照護提供者：

醫療照護提供者的電話號碼：

血壓藥物：

追蹤記錄您的藥物。若您的醫療照護提供者變更了藥物和/或用量，請更新此部分。

如需詳細資訊，
請諮詢您的醫療照護提供者或請撥打 311。



血壓追蹤卡

HPD1X25702 - 6.17 (Chinese)

請撥打 311 或請上網造訪
nyc.gov/health
Traditional Chinese

