

मेरी कार्य योजना



विशेष निर्देश

जब मेरा रक्तचाप
____/____ से ऊपर है, तो मुझे

जब मेरा रक्तचाप
____/____ से नीचे है, तो मुझे

तिथि	सुबह/शाम	रक्तचाप	तिथि	सुबह/शाम	रक्तचाप	तिथि	सुबह/शाम	रक्तचाप	तिथि	सुबह/शाम	रक्तचाप
	सुबह/शाम	/			/			/			/
	सुबह/शाम	/			/			/			/
	सुबह/शाम	/			/			/			/
	सुबह/शाम	/			/			/			/
	सुबह/शाम	/			/			/			/
	सुबह/शाम	/			/			/			/
	सुबह/शाम	/			/			/			/
	सुबह/शाम	/			/			/			/
	सुबह/शाम	/			/			/			/

व्यक्तिगत जानकारी

नाम:

स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्रदाता:

स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्रदाता का फोन नंबर:

रक्तचाप की दवाएं:

अपनी दवाओं को ध्यान में रखें। यदि आपका स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्रदाता किसी दवा और/या खुराक को बदलता है, तो इस खंड को अपडेट करें।

अधिक जानकारी के लिए, अपने सेवा प्रदाता से बात करें या 311 पर कॉल करें।

HPDIX25700 - 6.17



311 पर कॉल करें या
nyc.gov/health देखें

Hindi

NYC
Health

