



血壓記錄卡

請致電 **311** 或造訪
nyc.gov/health。

NYC
Health

我的血壓目標是

_____ / _____

我將按照以
下頻率測量血壓：

每天一次

每週一次

時間在

上午

下午

高血壓對您和您的寶寶都有危險。
如果您的血壓超過

_____ / _____，

請立即聯絡您的健康照護
提供者。

使用此圖表記錄您在孕期和產後的血壓情況。與您的健康照護提供者討論血壓測量的頻率。

日期	血壓	日期	血壓	日期	血壓	日期	血壓	日期	血壓	日期	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	/	___/___/___ ● 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	/	___/___/___ ● 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	/
___/___/___ ● 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	/	___/___/___ ● 上午 ● 下午	/	___/___/___ ● 上午 ● 下午	/	___/___/___ ● 上午 ● 下午	/	___/___/___ ● 上午 ● 下午	/

使用您自己的血壓監測儀或者前往當地藥店測量血壓。如需查找附近提供免費血壓檢查的藥店，請造訪 nyc.gov/health/map。如需幫助，請諮詢藥店工作人員。

我的行動計畫



特別說明

當血壓高於 ____ / ____ 時，我應該

當血壓低於
____ / ____ 時，我應該

個人資訊

姓名：

預產期（如適用）：

健康照護提供者：

健康照護提供者電話號碼：

血壓藥物：

記錄您的用藥情況。如果您的健康照護提供者更改了藥物和/或劑量，請更新此部分。

如需詳細資訊，請諮詢您的健康照護提供者或致電 **311**。