



# 血压记录卡

致电 **311** 或访问  
[nyc.gov/health](https://nyc.gov/health)。

**NYC**  
Health

我的血压目标是

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

我将按照以  
下频率测量血压：

- 每天一次      时间在       上午  
 每周一次       下午

高血压对您和宝宝都有危险。

如果血压超过 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_，  
请立即联系您的医疗保健提供者。

使用此图表记录您在孕期和产后的血压情况。向您的医疗保健提供者咨询测量血压的频率。

日期	血压	日期	血压	日期	血压	日期	血压	日期	血压	日期	血压
___/___/___ ● 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	/

使用自己的血压监测仪或者前往当地药店测量血压。如需查找附近提供免费血压检测服务的药店，请访问 [nyc.gov/health/map](https://nyc.gov/health/map)。如需帮助，请咨询药店工作人员。

## 我的行动计划



## 特别说明

当血压高于 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 时，我应该

---

---

当血压低于 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 时，我应该

---

---



## 个人信息

姓名：

---

预产期（如适用）：

---

医疗保健提供者：

---

医疗保健提供者电话号码：

---

血压药物：

---

---

记录您的用药情况。如果您的医疗保健提供者更改了药物和/或剂量，请更新此部分。

如需详细信息，请咨询您的医疗保健提供者或致电 **311**。