



血压记录卡

致电 **311** 或访问
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

每周一次

时间在

上午

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 |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|
| ___/___/___
● 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。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**。