আমার কর্ম পরিকল্পলা



বিশেষ নিৰ্দেশ

যখন আমার রক্তচাপ _____/ এর বেশি____ তখন আমার যা করা উচিত:

যথন আমার রক্তচাপ _____ / এর কম____ তখন আমার যা করা উচিত:

তারিখ: a.m./ p.m.	রক্ত চাপ						
a.m./p.m.							
a.m./p.m.							
a.m./p.m.	/				/		
a.m./p.m.	/				/		/
a.m./p.m.	/		/		/		/
a.m./p.m.	/		/		/		/
a.m./p.m.	/				/		/
apiiii		I					

ব্যক্তিগত তথ্য

নাম: 				
<u>শ্বাশ্ব্য</u> সেব	া প্রদানব	নরী:		
স্বাস্থ্যমেব	্য প্রদানব	দারীর ফো	ন নম্বর:	
—— রক্তচাপে	ਰ . ੭ ਸ੪•			
N 0-01(1	ירעט ה			

আপনার ওষুধের উ্যাক রাখুন। যদি আপনার শ্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী ওমুধ এবং/অখবা ডোজের পরিবর্তন করে ভাহলে, এই বিভাগটি আপডেট করুন।

আরো তথ্যের জন্য, আপনার স্বাস্থ্যমেবা প্রদানকারীর সঙ্গে কথা বলুন বা 311 নম্বরে ফোন করুন।



রক্তচাপের ট্র্যাকিং কার্ড

311 নম্বনে ফোন করুন অথবা **nyc.gov/health** দেখুন Bengali



আম	ৰ ৰক্ত	চাপ	লহ্ম্য হ

	/
	গেপ (চক করাব প্রতি টে সম্য় □ a.m. □ p.m.
বিশেষ নির্দেশনা:	

আপনার রক্তচাপের ট্র্যাক রাখতে এই চার্টটি ব্যবহার করুন। আপনার রক্তচাপ কত ঘন ঘন পরিমাপ করাবেন সেই বিষয়ে আপনার শ্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সঙ্গে কথা বলুন। প্রতিটি বাক্সে তারিখ ও ফলাফল লিখুন।

তারিখ: a.m./ p.m.	রক্ত চাপ														
6/1/1 1	130 80	a.m./p.m.													
a.m./p.m		a.m./p.m.													
a.m./p.m		a.m./p.m.													
a.m./p.m		a.m./p.m.													
a.m./p.m		a.m./p.m.		a.m./p.m.		a.m./p.m.		a.m./p.m.	/	a.m./p.m.		a.m./p.m.		a.m./p.m.	
a.m./p.m		a.m./p.m.													
a.m./p.m		a.m./p.m.		a.m./p.m.	/	a.m./p.m.		a.m./p.m.	/	a.m./p.m.	/	a.m./p.m.	/	a.m./p.m.	/