

내 조치 계획



특별 지침

혈압이 _____ / _____
보다 높은 경우 필요 조치:

혈압이 _____ / _____
보다 낮은 경우 필요 조치:

날짜	오전/오후	혈압	날짜	오전/오후	혈압	날짜	오전/오후	혈압	날짜	오전/오후	혈압
	오전/오후	/			/			/			/
	오전/오후	/			/			/			/
	오전/오후	/			/			/			/
	오전/오후	/			/			/			/
	오전/오후	/			/			/			/
	오전/오후	/			/			/			/
	오전/오후	/			/			/			/
	오전/오후	/			/			/			/
	오전/오후	/			/			/			/

개인 정보

이름:

의료 서비스 제공자:

의료 서비스 제공자 전화번호:

혈압약:

복용 중인 의약품 정보를 잘 기록하십시오. 의료 서비스 제공자가 의약품 및/또는 복용량을 변경하는 경우 이 섹션을 업데이트하십시오.

자세한 정보를 원하시면 귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하거나 311번으로 전화하십시오.



혈압 측정 추적 카드

HPDIX25700 - 6.17

311번으로 전화 또는
nyc.gov/health 방문

Korean

NYC
Health

