

Tygodniowy Zapis Pomiarów Ciśnienia Tętniczego Krwi Przed Wizytą

dzień	Rano			Wieczorem		
	godzina	ciśnienie	tętno	godzina	ciśnienie	tętno
1	:	/		:	/	
	:	/		:	/	
2	:	/		:	/	
	:	/		:	/	
3	:	/		:	/	
	:	/		:	/	
4	:	/		:	/	
	:	/		:	/	
5	:	/		:	/	
	:	/		:	/	
6	:	/		:	/	
	:	/		:	/	
7	:	/		:	/	
	:	/		:	/	