

# 血糖日誌



我們希望幫助您達成血糖目標。您和您的醫師將確定您的**目標**以及測量血糖的**頻率**。

請在**下次就診**時攜帶此日誌。

## 血糖日誌

請在「**血糖**」一欄寫下您的**血糖測量結果**。

如您有服用胰島素，請在「**劑量**」一欄寫下**所服劑量**。

姓名：\_\_\_\_\_

所屬週：\_\_\_\_\_

## 我的血糖目標

空腹或飯前：\_\_\_\_\_

飯後1至2小時：\_\_\_\_\_

諮詢您的醫師關於您應何時測量血糖	週日		週一		週二		週三		週四		週五		週六	
	血糖	劑量	血糖	劑量	血糖	劑量	血糖	劑量	血糖	劑量	血糖	劑量	血糖	劑量
早餐前														
早餐後														
午餐前														
午餐後														
晚餐前														
晚餐後														
睡前														
半夜														

是否有任何疑問？請致電Alliance健康保險計畫 • 服務時間為週一至週五，早上8點至下午5點

電話號碼：**1.510.747.4577** • 免費電話：**1.855.891.9169**

聽障及語障人士專線 (CRS/TTY)：**711/1.800.735.2929**

[www.alamedaalliance.org](http://www.alamedaalliance.org)

ALAMEDA  
**Alliance**  
FOR HEALTH

HE\_MBRS\_BLOOD SUGAR LOG 04/2023  
HED D-18 03/2023