

	TAK	NIE
1. Czy często chorujesz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy często miewasz afty/pleśniawki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy masz „obłożony” język rano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy często jest Ci zimno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy często jest Ci za ciepło	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy często masz zimne ręce lub/i nogi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy miewasz migreny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy masz bóle stawów lub inne problemy ze stawami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy cierpisz na bezsenność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czy śpisz „za długo”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Czy często czujesz się zmęczona/zmęczony	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Czy masz łamliwe paznokcie lub wypadające/łamliwe włosy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Czy masz problem z grzybem/pleśnią w domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Czy miewasz uczucie suchych/swędzących oczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Czy miewasz stany depresyjne lub silne wahania nastroju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Czy masz nadwrażliwość na zapachy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>