

Dzień tygodnia:

Data:

Praca od -do (godzina):



	kolor	częstotliwość	Zaparcia (tak/nie)	Biegunka (tak/nie)
STOLEC				
	kolor	częstotliwość	Krew (tak/nie)	Oddawany w nocy (tak/nie)
MOCZ				
	kolor	Nalot (tak/nie) Jeśli tak, to jaki kolor nalotu?		
JĘZYK				
	Pójście spać (godz.)	Pobudka (godz.)	Wybudzanie się w nocy (ile razy, o której godzinie)	
SEN				
INNE	Włosy (czy wypadają, cienkie, grube)		Paznokcie (kruche, łamliwe, z wykwitami)	

Dzień tygodnia:

Data:

Praca od -do (godzina):



	kolor	częstotliwość	Zaparcia (tak/nie)	Biegunka (tak/nie)
STOLEC				
	kolor	częstotliwość	Krew (tak/nie)	Oddawany w nocy (tak/nie)
MOCZ				
	kolor	Nalot (tak/nie) Jeśli tak, to jaki kolor nalotu?		
JĘZYK				
	Pójście spać (godz.)	Pobudka (godz.)	Wybudzanie się w nocy (ile razy, o której godzinie)	
SEN				
INNE	Włosy (czy wypadają, cienkie, grube)		Paznokcie (kruche, łamliwe, z wykwitami)	