

名字: _____

年龄: _____ 性别: 男/女

联络号码: _____

日期: _____

你的自行健康检测

数目	症状	请在适当的格子打(✓)
1	我工作/居住的环境和空气严重受污染	
2	我抽烟/与抽烟者一起居住或工作	
3	我每星期运动不超过3次	
4	我经常睡少过6小时	
5	我经常面对睡眠障碍问题	
6	我经常食用快餐, 高脂肪的食物, 速食或煎炸食物	
7	我即使吃得再少, 身体依然容易发胖	
8	我有想吃甜食的欲望	
9	我有经常喝酒和习惯	
10	我的生活环境充满压力	
11	我经常面对排便不顺畅的问题	
12	我在用餐后感觉肚子肿胀和难以消化	
13	我想解决口臭问题	
14	我担心体臭问题	
15	我觉得疲倦或体力不足	
16	我经常在没有原因下感觉恼怒和情绪化	
17	我的肌肤暗淡无光和感觉干燥	
18	我有食物过敏或皮肤问题, 如皮疹/湿疹/粉刺	
19	我有经常性头疼的问题	
20	我经常面对脑雾, 无法专注和/或记忆力下降的问题	

此一一览表并非正式的医疗测试。这只是一个让您了解生活及饮食习惯的简单一览表。如果您的症状仍然持续发展, 请咨询医生。

寻找可信赖的排毒方案? 请今天就接洽您的Shaklee经销商, 为您定制一份合适的计划。