

患者1 プラセボ後

ブース検査 前・後 症状記入表

今のあなたの体調について書いてください。

アレルギー科 130221

以下を目安にしてください。

ない：記載の症状が何もない場合

最も強い：今までの中で、最も強い症状の場合

例) かゆみ： ない |-----| X |-----| 最も強い

関節の痛み：ない |-----| X |-----| 最も強い

筋肉の痛み：ない |-----| X |-----| 最も強い

けいれん：ない \* |-----| 最も強い

こわばり：ない \* |-----| 最も強い

目・鼻の刺激：ない |-----| X |-----| 最も強い

しみる感じ：ない \* |-----| 最も強い

舌がピリピリする：ない \* |-----| 最も強い

息苦しい：ない |-----| X |-----| 最も強い

どうき：ない \* |-----| 最も強い

脈の異常：ない \* |-----| 最も強い

お腹の不快感：ない \* |-----| 最も強い

吐き気：ない |-----| X |-----| 最も強い

気持ちが悪い：ない |-----| X |-----| 最も強い

頭がぼーとする：ない |-----| X |-----| 最も強い

眠い、あくびが出る：ない \* |-----| 最も強い

いらだち気味：ない \* |-----| 最も強い

身体がだるい：ない |-----| X |-----| 最も強い

意欲低下：ない |-----| X |-----| 最も強い

頭の重い感じ：ない |-----| X |-----| 最も強い

頭痛：ない |-----| X |-----| 最も強い

めまい：ない |-----| \* |-----| 最も強い

ふらつき：ない |-----| \* |-----| 最も強い

発疹、かゆみ：ない |-----| \* |-----| 最も強い

口やのどの乾き：ない |-----| \* |-----| 最も強い

手足の冷たい感じ：ない \* |-----| 最も強い

その他の症状があればご記入ください。

( )のうちに ( )：ない |-----| X |-----| 最も強い

74  
74  
0  
0  
0  
0  
96  
0  
0  
0  
80  
80  
97  
0  
0  
88  
90  
91  
77  
50  
50  
50  
100  
0





患者2 8ppb 暴露前

ブース検査(前)後 症状記入表

今のあなたの体調について書いてください。

以下を目安にしてください。

アレルギー科 130131

ない：記載の症状が何もない場合

最も強い：今までの中で、最も強い症状の場合

例) かゆみ：ない	-----x-----	最も強い	
関節の痛み：ない	-----x-----	最も強い	65
筋肉の痛み：ない	-----x-----	最も強い	79
けいれん：ない *	-----	最も強い	0
こわばり：ない	-----x-----	最も強い	10
目・鼻の刺激：ない	-----x-----	最も強い	9
しみる感じ：ない *	-----	最も強い	0
舌がピリピリする：ない *	-----	最も強い	0
息苦しい：ない *	-----	最も強い	0
どうき：ない	-----	最も強い	0
脈の異常：ない *	-----	最も強い	0
お腹の不快感：ない *	-----	最も強い	0
吐き気：ない	-----	最も強い	0
気持ちが悪い：ない *	-----	最も強い	0
頭がぼーとする：ない *	-----	最も強い	0
眠い、あくびが出る：ない	-----x-----	最も強い	9
いらだち気味：ない *	-----	最も強い	0
身体がだるい：ない	-----x-----	最も強い	12
意欲低下：ない *	-----	最も強い	0
頭の重い感じ：ない *	-----	最も強い	0
頭痛：ない *	-----	最も強い	0
めまい：ない *	-----	最も強い	0
ふらつき：ない *	-----	最も強い	0
発疹、かゆみ：ない	-----x-----	最も強い	80
口やのどの乾き：ない	-----x-----	最も強い	9
手足の冷たい感じ：ない *	-----	最も強い	0

その他の症状があればご記入ください。

( )：ない |-----| 最も強い

患者2 8ppb 暴露後

ブース検査 前・後 症状記入表

今のあなたの体調について書いてください。

以下を目安にしてください。

アレルギー科 130131

ない：記載の症状が何もない場合

最も強い：今までの中で、最も強い症状の場合

例) かゆみ： ない |-----×-----| 最も強い

関節の痛み：ない |-----×-----| 最も強い

筋肉の痛み：ない |-----×-----| 最も強い

けいれん：ない ✖ |-----| 最も強い

こわばり：ない |✖-----| 最も強い

目・鼻の刺激：ない |-----×-----| 最も強い

しみる感じ：ない |-----×-----| 最も強い

舌がピリピリする：ない ✖ |-----| 最も強い

息苦しい：ない ✖ |-----| 最も強い

どうき：ない ✖ |-----| 最も強い

脈の異常：ない |-----| 最も強い

お腹の不快感：ない ✖ |-----| 最も強い

吐き気：ない ✖ |-----| 最も強い

気持ちが悪い：ない ✖ |-----| 最も強い

頭がボーとする：ない |-----×-----| 最も強い

眠い、あくびが出る：ない |-----×-----| 最も強い

いらだち気味：ない ✖ |-----| 最も強い

身体がだるい：ない |-----×-----| 最も強い

意欲低下：ない ✖ |-----| 最も強い

頭の重い感じ：ない |-----×-----| 最も強い

頭痛：ない |-----| 最も強い

めまい：ない |-----| 最も強い

ふらつき：ない ✖ |-----| 最も強い

発疹、かゆみ：ない ✖ |-----| 最も強い

口やのどの乾き：ない |-----×-----| 最も強い

手足の冷たい感じ：ない ✖ |-----| 最も強い

その他の症状があればご記入ください。

( )：ない |-----| 最も強い

患者2 プラセボ前

ブース検査 前・後 症状記入表

今のあなたの体調について書いてください。

アレルギー科 130130

以下を目安にしてください。

ない：記載の症状が何もない場合

最も強い：今までの中で、最も強い症状の場合

例) かゆみ：ない	-----x-----	最も強い	
関節の痛み：ない	-----x-----	最も強い	69
筋肉の痛み：ない	-----x-----	最も強い	69
けいれん：ない *	-----x-----	最も強い	0
こわばり：ない	-----x-----	最も強い	67
目・鼻の刺激：ない	x-----	最も強い	9
しみる感じ：ない	x-----	最も強い	10
舌がピリピリする：ない *	-----	最も強い	0
息苦しい：ない *	-----	最も強い	0
どうき：ない *	-----	最も強い	0
脈の異常：ない *	-----	最も強い	0
お腹の不快感：ない *	-----	最も強い	0
吐き気：ない *	-----	最も強い	0
気持ちが悪い：ない *	-----	最も強い	0
頭がぼーとする：ない *	-----	最も強い	0
眠い、あくびが出る：ない *	-----	最も強い	0
いらだち気味：ない *	-----	最も強い	0
身体がだるい：ない	-----x-----	最も強い	40
意欲低下：ない *	-----	最も強い	0
頭の重い感じ：ない *	-----	最も強い	0
頭痛：ない *	-----	最も強い	0
めまい：ない *	-----	最も強い	0
ふらつき：ない *	-----	最も強い	0
発疹、かゆみ：ない	-----x-----	最も強い	88
口やのどの乾き：ない	x-----	最も強い	9
手足の冷たい感じ：ない *	-----	最も強い	0
その他の症状があればご記入ください。			
( )：ない	-----	最も強い	

患者2 プラセボ後

2

ブース検査 前・後 症状記入表

今のあなたの体調について書いてください。

以下を目安にしてください。

アレルギー科 130130

ない：記載の症状が何もない場合

最も強い：今までの中で、最も強い症状の場合

例) かゆみ： ない	-----x-----	最も強い	
関節の痛み：ない	-----x-----	最も強い	70
筋肉の痛み：ない	-----x-----	最も強い	70
けいれん：ない *	-----	最も強い	0
こわばり：ない	-----x-----	最も強い	10
目・鼻の刺激：ない	-----x-----	最も強い	9
しみる感じ：ない *	-----	最も強い	0
舌がピリピリする：ない *	-----	最も強い	0
息苦しい：ない *	-----	最も強い	0
どうき：ない *	-----	最も強い	0
脈の異常：ない *	-----	最も強い	0
お腹の不快感：ない *	-----	最も強い	0
吐き気：ない	-----	最も強い	0
気持ちが悪い：ない *	-----	最も強い	0
頭がぼーとする：ない *	-----	最も強い	0
眠い、あくびが出る：ない *	-----	最も強い	0
いらだち気味：ない *	-----	最も強い	0
身体がだるい：ない	-----x-----	最も強い	40
意欲低下：ない *	-----	最も強い	0
頭の重い感じ：ない *	-----	最も強い	0
頭痛：ない *	-----	最も強い	0
めまい：ない *	-----	最も強い	0
ふらつき：ない *	-----x-----	最も強い	0
発疹、かゆみ：ない	-----x-----	最も強い	93
口やのどの乾き：ない	-----x-----	最も強い	9
手足の冷たい感じ：ない *	-----	最も強い	1

その他の症状があればご記入ください。

( )：ない |-----| 最も強い

