

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 |-----| × |-----| 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

頭がぼーとする：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。

( )のうちに ( )：ない |-----| |-----| |-----| × |-----| 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 40ppb 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。

アレルギー記載の症状がない場合

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	6
筋肉の痛み：ない	-----x-----	最も強い	6
けいれん：ない *	-----	最も強い	0
こわばり：ない	-----x-----	最も強い	9
目・鼻の刺激：ない *	-----	最も強い	0
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
どろき：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	9
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	7 8
口やのどの乾き：ない *	-----	最も強い	0
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 40ppb 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 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	70
筋肉の痛み：ない		最も強い	70
けいれん：ない		最も強い	0
こわばり：ない		最も強い	19
目・鼻の刺激：ない		最も強い	0
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		最も強い	8
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		最も強い	85
口やのどの乾き：ない		最も強い	0
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

患者3 40ppb 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 130116  
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	0
筋肉の痛み：ない *	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	0
けいれん：ない *	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	0
こわばり：ない *	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	0
目・鼻の刺激：ない	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	0
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
どろき：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	15
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	10
眠い、あくびが出る：ない	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	6
いらだち気味：ない *	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	0
身体がだるい：ない	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	6
意欲低下：ない	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	6
頭の重い感じ：ない	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	16
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 *	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	0
口やのどの乾き：ない	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	0
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	