

患者3 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: 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 *	-----	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	-----X-----	最も強い	40
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	-----X-----	最も強い	7
吐き気: ない *	-----	最も強い	0
気持ちが悪い: ない *	-----	最も強い	0
頭がボーとする: ない	-----X-----	最も強い	39
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	17
意欲低下: ない	-----X-----	最も強い	10
頭の重い感じ: ない	-----X-----	最も強い	25
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	-----X-----	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3 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 130118  
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 \* |-----| 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 |-----x-----| 最も強い 19
- 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 |-----x-----| 最も強い 4
- 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 3
- 意欲低下: ない \* |-----| 最も強い 0
- 頭の重い感じ: ない |-----x-----| 最も強い 2
- 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 4
- 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

### ブース検査 前・後 症状記入表

患者3 8ppb 暴露後

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。

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

アレルギー科 130118

例) かゆみ：ない	-----x----- ----- -----	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	-----x----- ----- -----	最も強い	11
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	-----x----- ----- -----	最も強い	4
吐き気：ない *	-----*----- ----- -----	最も強い	0
気持ちが悪い：ない	-----x----- ----- -----	最も強い	6
頭がぼーとする：ない	----- -----x----- -----	最も強い	59
眠い、あくびが出る：ない	----- -----*----- -----	最も強い	50
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	50
意欲低下：ない	-----x----- ----- -----	最も強い	14
頭の重い感じ：ない	----- -----x----- -----	最も強い	46
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	7
発疹、かゆみ：ない *	-----*----- ----- -----	最も強い	0
口やのどの乾き：ない	-----x----- ----- -----	最も強い	27
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3 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。

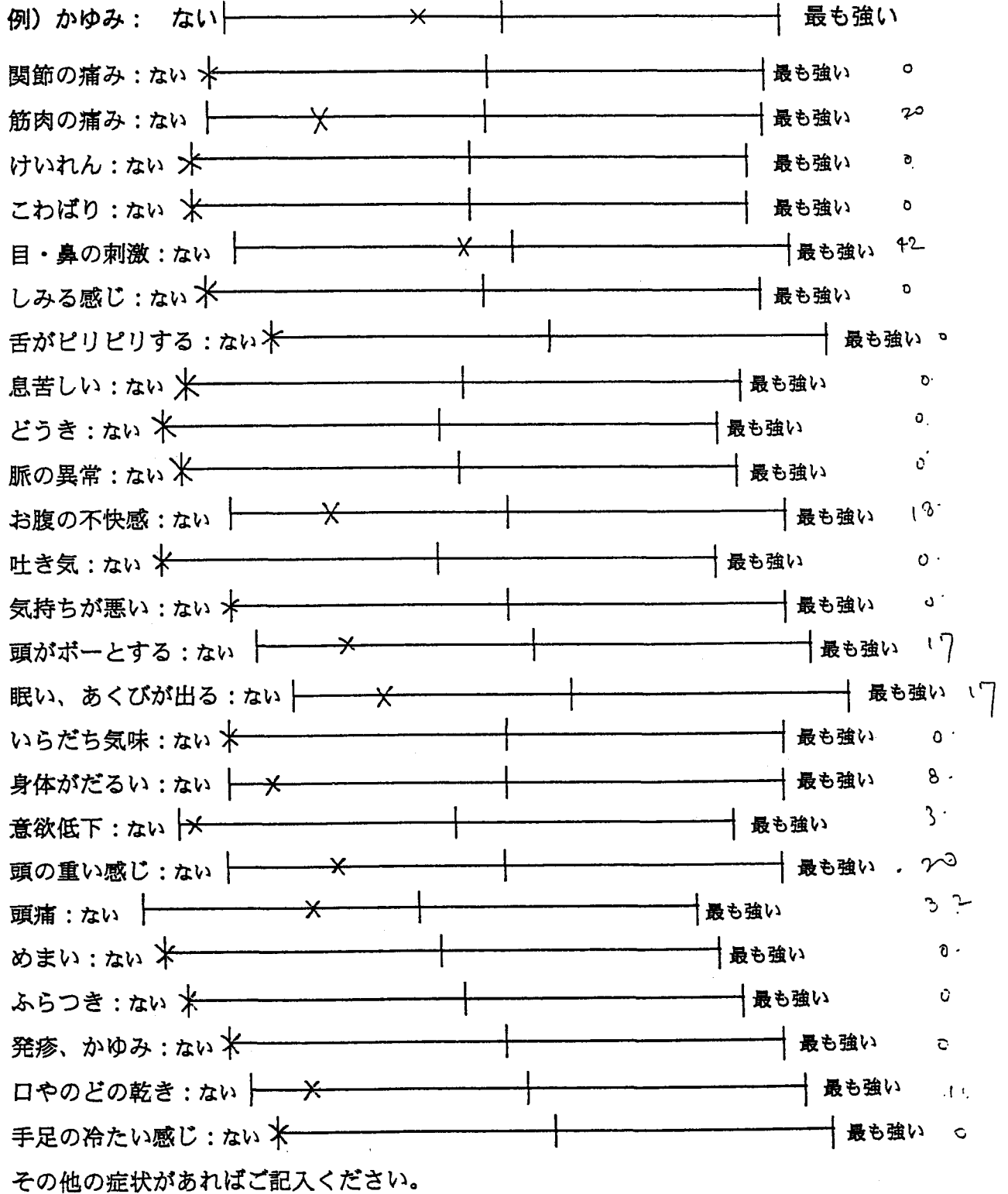
以下を目安にしてください。

アレルギー科

130117

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



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 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。

以下を目安にしてください。

アレルギー科 130117  
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	*-----	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	-----X-----	最も強い	20
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	-----X-----	最も強い	46
どうき: ない	-----X-----	最も強い	38
脈の異常: ない	*-----	最も強い	0
お腹の不快感: ない	-----X-----	最も強い	11
吐き気: ない	-----X-----	最も強い	20
気持ちが悪い: ない	-----*-----	最も強い	50
頭がぼーとする: ない	-----*-----	最も強い	51
眠い、あくびが出る: ない	-----X-----	最も強い	19
いらだち気味: ない	-----X-----	最も強い	10
身体がだるい: ない	-----X-----	最も強い	33
意欲低下: ない	-----X-----	最も強い	20
頭の重い感じ: ない	-----X-----	最も強い	26
頭痛: ない	-----X-----	最も強い	22
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	-----X-----	最も強い	53
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

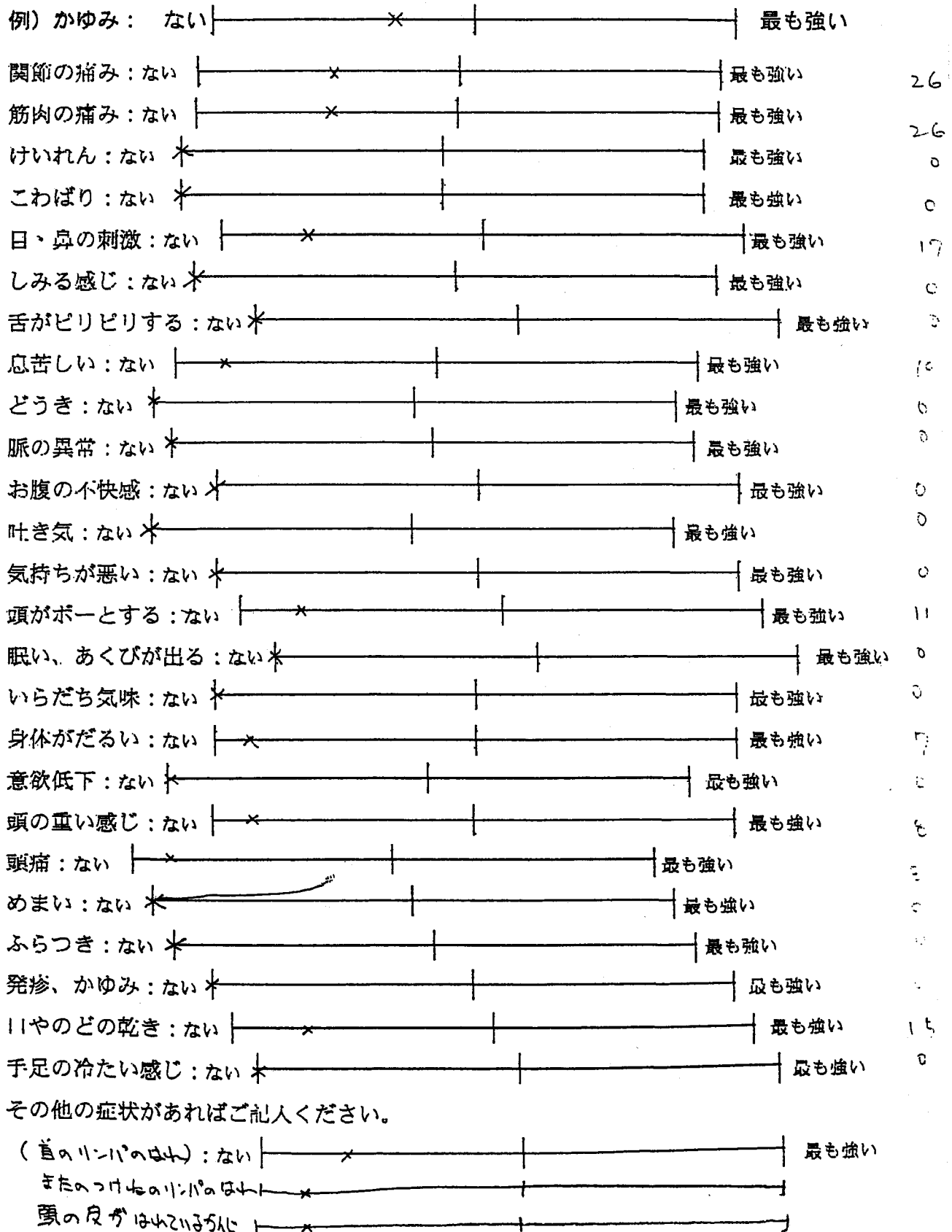
患者4 40ppb 暴露前

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 130314  
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



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。

4

患者 4 40ppb 暴露後

アレルギー：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

130314

例) かゆみ： ない	-----x-----	最も強い	
関節の痛み： ない	-----x-----	最も強い	10
筋肉の痛み： ない	-----x-----	最も強い	10
けいれん： ない	-----x-----	最も強い	0
こわばり： ない	-----x-----	最も強い	0
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	0
舌がピリピリする： ない	-----x-----	最も強い	0
息苦しい： ない	-----x-----	最も強い	0
どうき： ない	-----x-----	最も強い	0
脈の異常： ない	-----x-----	最も強い	0
お腹の不快感： ない	-----x-----	最も強い	0
吐き気： ない	-----x-----	最も強い	0
気持ちが悪い： ない	-----x-----	最も強い	0
頭がぼーとする： ない	-----x-----	最も強い	7
眠い、あくびが出る： ない	-----x-----	最も強い	0
いらだち気味： ない	-----x-----	最も強い	0
身体がだるい： ない	-----x-----	最も強い	4
意欲低下： ない	-----x-----	最も強い	0
頭の重い感じ： ない	-----x-----	最も強い	6
頭痛： ない	-----x-----	最も強い	6
めまい： ない	-----x-----	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	0
口やのどの乾き： ない	-----x-----	最も強い	7
手足の冷たい感じ： ない	-----x-----	最も強い	0
その他の症状があればご記入ください。			
(鼻のリンパのはれ)： ない	-----x-----	最も強い	
またのりけのリンパのはれ	-----x-----		
頭の皮のはれとちんじ	-----x-----		