

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
頭がぼーとする: 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	-----X-----	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	

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。

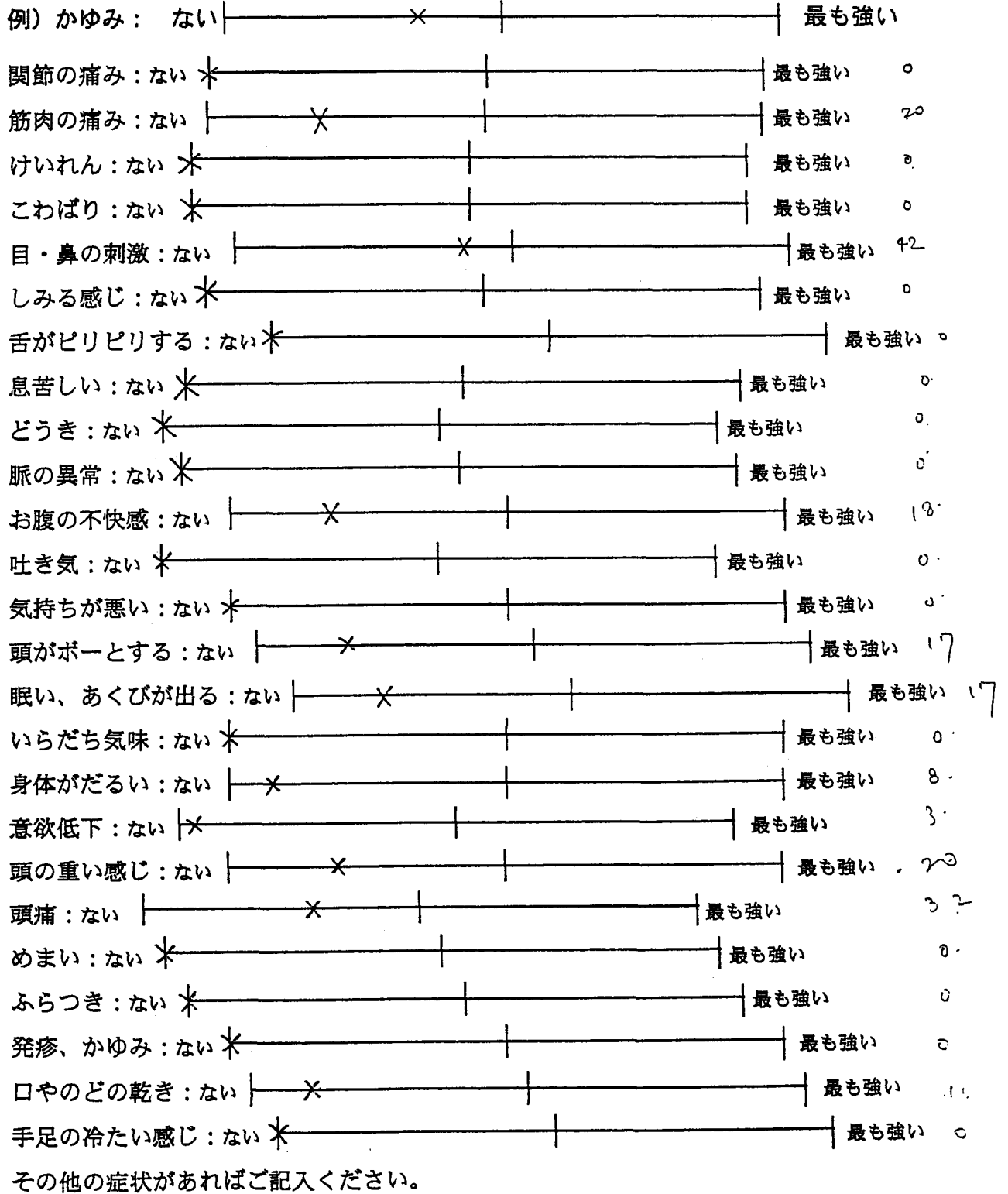
以下を目安にしてください。

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



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

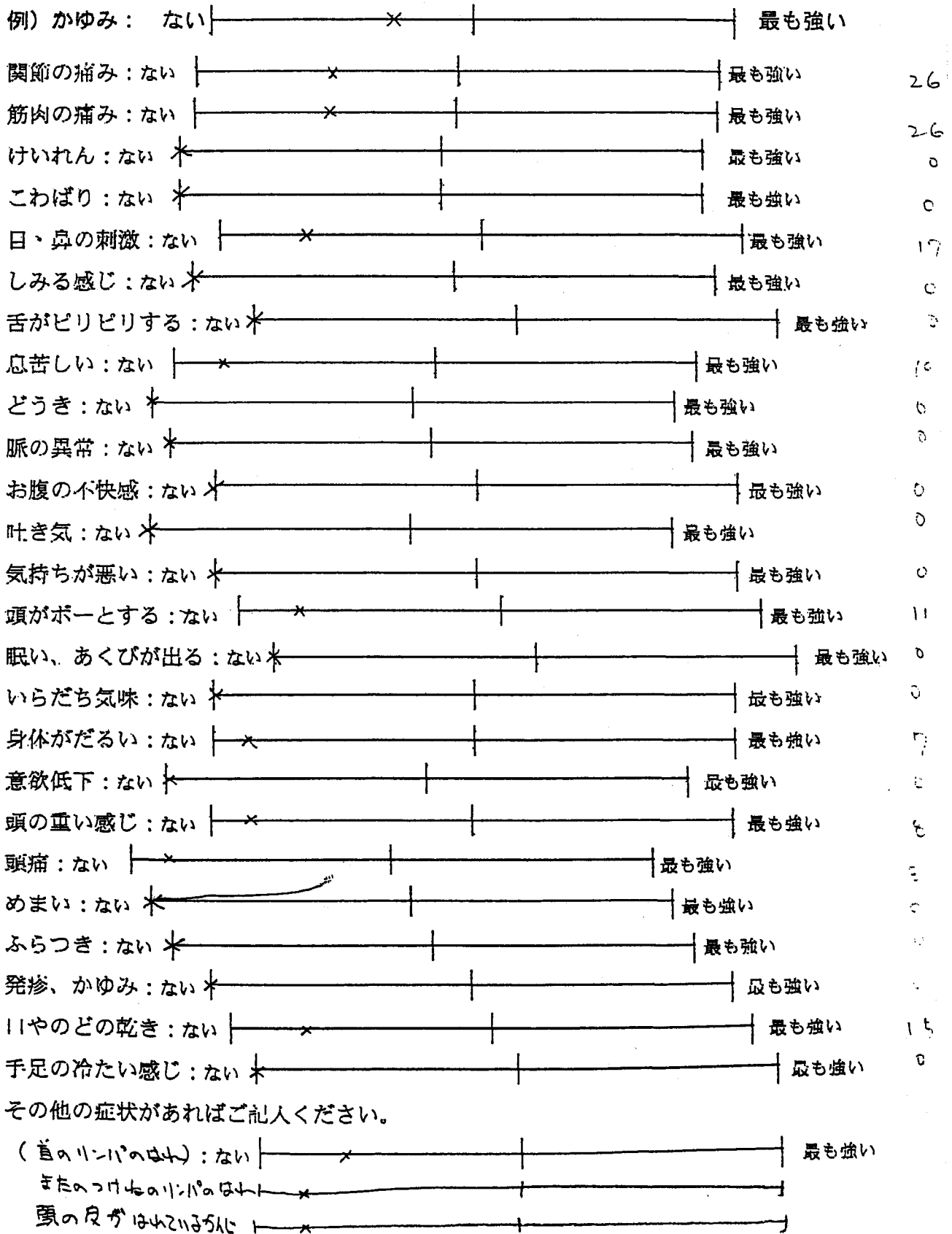
患者4 40ppb 暴露前

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-----		