

患者4 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。

アレルギー科 130315

ない：記載の症状が何もない場合

以下を目安にしてください。

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

舌がゼリゼリする： 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

川やのどの乾き： 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。

(首のリンパの腫れ)： ない * |-----| |-----| 最も強い

患者4 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。

6

アレルギー科 130315

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。

(首のリンパの腫れ)：ない * |-----| 最も強い

患者4 プラセボ前

プーア検査 ~~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 130313
 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 5

意欲低下： ない | × |-----| 最も強い 5

頭の重い感じ： ない | × |-----| 最も強い 5

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 → 6

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。

(首の11°の)： ない |-----| * |-----| 最も強い
 はよ

患者4 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。

2

アレルギー科 130313
 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

どろき：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

II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。

(うつろいやすさ)：ない |-----*-----| 最も強い
 かいだ

9
8
8
6

首のリンパのはれ

|-----*-----|

患者5 プラセボ前

ブラス検査(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 130313

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	5
筋肉の痛み：ない	-----×-----	最も強い	40
けいれん：ない	*-----	最も強い	0
こわばり：ない	-----×-----	最も強い	25
目・鼻の刺激：ない	-----×-----	最も強い	29
しみる感じ：ない	-----*-----	最も強い	50
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	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	27
眠い、あくびが出る：ない	-----×-----	最も強い	13
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	17
意欲低下：ない	-----×-----	最も強い	16
頭の重い感じ：ない	-----×-----	最も強い	29
頭痛：ない	-----*-----	最も強い	50
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	30
口やのどの乾き：ない	-----×-----	最も強い	30
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	