

患者 5 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 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	-----x-----	最も強い	
関節の痛み： ない	*-----	最も強い	0
筋肉の痛み： ない	-----x-----	最も強い	40
けいれん： ない	*-----	最も強い	0
こわばり： ない	-----x-----	最も強い	20
目・鼻の刺激： ない	-----*-----	最も強い	50
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	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	-----x-----	最も強い	33
眠い、あくびが出る： ない	-----x-----	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	-----x-----	最も強い	10
意欲低下： ない	-----x-----	最も強い	11
頭の重い感じ： ない	-----x-----	最も強い	20
頭痛： ない	-----x-----	最も強い	7
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	0
口やのどの乾き： ない	-----*-----	最も強い	50
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5 40ppb 暴露前

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

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	-----x-----	最も強い	7
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	-----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	*-----	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	-----x-----	最も強い	7
眠い、あくびが出る：ない	-----x-----	最も強い	8
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	0
意欲低下：ない	*-----	最も強い	0
頭の重い感じ：ない	-----x-----	最も強い	8
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	10
口やのどの乾き：ない	-----x-----	最も強い	10
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5 40ppb 暴露後

アレルギー科 130314

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。

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	5
筋肉の痛み： ない	x-----	最も強い	0
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	14
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	38
眠い、あくびが出る： ない	-----x-----	最も強い	40
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	57
意欲低下： ない	-----x-----	最も強い	9
頭の重い感じ： ない	x-----	最も強い	0
頭痛： ない	x-----	最も強い	0
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	0
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。			
()： ない	-----	最も強い	

患者 6 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。

5

アレルギー科 130301
 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	3
しみる感じ： ない	----- ----- ----- ----- ----- -----	✱	----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	2
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	3
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	3
吐き気： ない	----- ----- ----- ----- ----- -----	✱	----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	0
気持ちが悪い： ない	----- ----- ----- ----- ----- -----	✱	----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	4
頭がボーとする： ない	----- ----- ----- ----- ----- -----	✱	----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	2
眠い、あくびが出る： ない	----- ----- ----- ----- ----- -----	✱	----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	3
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	3
意欲低下： ない	----- ----- ----- ----- ----- -----	✱	----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	0
頭の重い感じ： ない	----- ----- ----- ----- ----- -----	✱	----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	3
頭痛： ない	----- ----- ----- ----- ----- -----	✱	----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	1
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
川やのどの乾き： 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。					
()	----- ----- ----- ----- ----- -----	✱	----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	

患者6 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。

6

アレルギー科 130301

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。

()：ない *|-----| 最も強い

ブース検査 **前**・後 症状記入表

患者6 8ppb 暴露前

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 |-----×-----| 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 4

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 4

眠い、あくびが出る： ない ✕ |-----| 最も強い 3

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 4

意欲低下： ない ✕ |-----| 最も強い 0

頭の重い感じ： ない ✕ |-----| 最も強い 3

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

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。

患者 6 8ppb 暴露後

アレルギー科 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	2
しみる感じ: ない	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	×	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	5
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	5
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	1
吐き気: ない	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	*	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	0
気持ちが悪い: ない	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	×	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	2
頭がボーとする: ない	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	×	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	6
眠い、あくびが出る: ない	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	×	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	4
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	0
頭の重い感じ: ない	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	×	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	4
頭痛: ない	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	×	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	最も強い	3
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	3
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	