

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	*-----	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	14
しみる感じ： ない	x-----	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	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	*-----	最も強い	0
身体がだるい： ない	-----*-----	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	*-----	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	



患者6 40ppb 暴露後

ブース検査 前・後 症状記入表

6

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 130301

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

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。

( )：ない |×|-----| 最も強い



