





患者7 40ppb 暴露前

S

M

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 130116

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	⑤
関節の痛み：ない	-----X-----	最も強い	11
筋肉の痛み：ない	-----X-----	最も強い	11
けいれん：ない	-----XX-----	最も強い	26
こわばり：ない	*-----X-----	最も強い	12
目・鼻の刺激：ない	-----XX-----	最も強い	18
しみる感じ：ない	-----XX-----	最も強い	13
舌がピリピリする：ない	-----X-----	最も強い	12
息苦しい：ない	-----X-----	最も強い	27
どうき：ない	-----X-----	最も強い	16
脈の異常：ない	-----XX-----	最も強い	12
お腹の不快感：ない	-----XX-----	最も強い	14
吐き気：ない	*-----X-----	最も強い	12
気持ちが悪い：ない	-----X-----	最も強い	11
頭がぼーとする：ない	-----X-----	最も強い	10
眠い、あくびが出る：ない	-----XX-----	最も強い	8
いらだち気味：ない	-----X-----	最も強い	9
身体がだるい：ない	-----X-----	最も強い	9
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	9
頭痛：ない	-----X-----	最も強い	11
めまい：ない	-----X-----	最も強い	11
ふらつき：ない	-----X-----	最も強い	11
発疹、かゆみ：ない	-----X-----	最も強い	11
口やのどの乾き：ない	-----X-----	最も強い	12
手足の冷たい感じ：ない	-----X-----	最も強い	11
その他の症状があればご記入ください。			
(手足がしびれる)：ない	-----XX-----	最も強い	

X = 11

患者7 40ppb 暴露後

S

M

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	-----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	40
こわばり: ない	-----X-----	最も強い	50
目・鼻の刺激: ない	-----X-----	最も強い	60
しみる感じ: ない	-----X-----	最も強い	50
舌がピリピリする: ない	-----X-----	最も強い	11
息苦しい: ない	-----X-----	最も強い	30
どうき: ない	-----X-----	最も強い	10
脈の異常: ない	-----X-----	最も強い	10
お腹の不快感: ない	-----X-----	最も強い	9
吐き気: ない	-----X-----	最も強い	10
気持ちが悪い: ない	-----X-----	最も強い	70
頭がボーとする: ない	-----X-----	最も強い	70
眠い、あくびが出る: ない	-----X-----	最も強い	30
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	30
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	40
頭痛: ない	-----X-----	最も強い	60
めまい: ない	-----X-----	最も強い	80
ふらつき: ない	-----X-----	最も強い	60
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	50
手足の冷たい感じ: ない	-----X-----	最も強い	40

その他の症状があればご記入ください。

(その他): ない |-----X-----| 最も強い

X 112

患者7 8ppb 暴露前  
S M

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	X-----	最も強い	7
筋肉の痛み：ない	X-----	最も強い	9
けいれん：ない	X-----	最も強い	8
こわばり：ない	X-----	最も強い	8
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	7
舌がピリピリする：ない	X-----	最も強い	7
息苦しい：ない	-----X-----	最も強い	25
どうき：ない	X-----	最も強い	8
脈の異常：ない	X-----	最も強い	9
お腹の不快感：ない	-----X-----	最も強い	23
吐き気：ない	X-----	最も強い	9
気持ちが悪い：ない	X-----	最も強い	10
頭がぼーとする：ない	X-----	最も強い	11
眠い、あくびが出る：ない	X-----	最も強い	9
いらだち気味：ない	X-----	最も強い	8
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	10
頭の重い感じ：ない	X-----	最も強い	10
頭痛：ない	X-----	最も強い	9
めまい：ない	X-----	最も強い	11
ふらつき：ない	X-----	最も強い	9
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	X-----	最も強い	7
その他の症状があればご記入ください。			
(全身のしびれ)：ない*	-----X-----	最も強い	

患者7 8ppb後

S

M

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 |X-----| 最も強い

筋肉の痛み：ない |X-----| 最も強い

けいれん：ない |X-----| 最も強い

こわばり：ない |X-----| 最も強い

目・鼻の刺激：ない |X-----| 最も強い

しみる感じ：ない |-----X-----| 最も強い

舌がピリピリする：ない |X-----| 最も強い

息苦しい：ない |X~~X~~-----| 最も強い

どうき：ない |X-----| 最も強い

脈の異常：ない |X-----| 最も強い

お腹の不快感：ない |X-----| 最も強い

吐き気：ない |X-----| 最も強い

気持ちが悪い：ない |X-----| 最も強い

頭がぼーとする：ない |X-----| 最も強い

眠い、あくびが出る：ない |X-----| 最も強い

いらだち気味：ない |X-----| 最も強い

身体がだるい：ない |X-----| 最も強い

意欲低下：ない |X-----| 最も強い

頭の重い感じ：ない |X-----| 最も強い

頭痛：ない |X-----| 最も強い

めまい：ない |X-----| 最も強い

ふらつき：ない |X-----| 最も強い

発疹、かゆみ：ない |X-----| 最も強い

口やのどの乾き：ない |X-----| 最も強い

手足の冷たい感じ：ない |X-----| 最も強い

その他の症状があればご記入ください。

(手足のしびれ)：ないX-----| 最も強い

9  
7  
8  
7  
8  
20  
6  
7  
12  
10  
10  
7  
7  
10  
8  
8  
8  
10  
7  
8  
8  
10  
7  
10  
10  
10

患者7 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

例) かゆみ：ない	-----X-----	最も強い	
関節の痛み：ない	X-----	最も強い	9
筋肉の痛み：ない	X-----	最も強い	10
けいれん：ない	X-----	最も強い	11
こわばり：ない	X-----	最も強い	10
目・鼻の刺激：ない	-----X-----	最も強い	19
しみる感じ：ない	-----X-----	最も強い	18
舌がピリピリする：ない	X-----	最も強い	9
息苦しい：ない	-----X-----	最も強い	17
どうき：ない	X-----	最も強い	14
脈の異常：ない	X-----	最も強い	11
お腹の不快感：ない	-----X-----	最も強い	15
吐き気：ない	X-----	最も強い	12
気持ちが悪い：ない	-----X-----	最も強い	13
頭がぼーとする：ない	-----X-----	最も強い	25
眠い、あくびが出る：ない	-----X-----	最も強い	11
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	11
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	X X-----	最も強い	17
めまい：ない	X-----	最も強い	13
ふらつき：ない	-----X-----	最も強い	18
発疹、かゆみ：ない	-----X-----	最も強い	18
口やのどの乾き：ない	-----X-----	最も強い	14
手足の冷たい感じ：ない	X-----	最も強い	10
その他の症状があればご記入ください。			
(手足のしびれ)：ない	-----X-----	最も強い	