患者　7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。

アレルギー科　130117

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	6
筋肉の痛み：ない	最も強い	9
けいれん：ない	最も強い	11
こわばり：ない	最も強い	8
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	11
息苦しい：ない	最も強い	11
どうき：ない	最も強い	12
脈の異常：ない	最も強い	10
お腹の不快感：ない	最も強い	11
吐き気：ない	最も強い	9
気持ちが悪い：ない	最も強い	9
頭がボーとする：ない	最も強い	12
眠い、あくびが出る：ない	最も強い	27
いらだち気味：ない	最も強い	10
身体がだるい：ない	最も強い	11
意欲低下：ない	最も強い	12
頭の重い感じ：ない	最も強い	7
頭痛：ない	最も強い	12
めまい：ない	最も強い	8
ふらつき：ない	最も強い	20
発疹、かゆみ：ない	最も強い	9
口やのどの乾き：ない	最も強い	10
手足の冷たい感じ：ない	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　最も強い

患者8　130μg/m³暴露前

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　130201

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　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

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　15

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

患者8　130μg/m³暴露後

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。

アレルギー科　130201

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

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

患者8　26μg/m³暴露前
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　130131

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

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

患者8　26μg/m³暴露後

M

アレルギー科　130131

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　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　10

舌がピリピリする：ない　最も強い　14

息苦しい：ない　最も強い　15

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

頭がボーとする：ない　最も強い　12

眠い、あくびが出る：ない　最も強い　2

いらだち気味：ない　最も強い　1

身体がだるい：ない　最も強い　0

意欲低下：ない　最も強い　1

頭の重い感じ：ない　最も強い　1

頭痛：ない　最も強い　1

めまい：ない　最も強い　1

ふらつき：ない　最も強い　1

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　1

手足の冷たい感じ：ない　最も強い　1

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8　プラセボ前

S　　M

アレルギー科　130130

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　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	10
しみる感じ：ない	最も強い	11
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	11
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
頭がボーとする：ない	最も強い	15
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	最も強い	15
意欲低下：ない	最も強い	1
頭の重い感じ：ない	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	14
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8　プラセボ後

S　　M

レルギー科　130130

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　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	11
しみる感じ：ない	最も強い	1
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	20
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	1
頭がボーとする：ない	最も強い	17
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	最も強い	18
意欲低下：ない	最も強い	0
頭の重い感じ：ない	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	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	3

その他の症状があればご記入ください。

（　　）：ない　最も強い