

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	-----X-----	最も強い	
関節の痛み：ない	X-----	最も強い	6
筋肉の痛み：ない	X-----	最も強い	9
けいれん：ない	X-----	最も強い	11
こわばり：ない	X-----	最も強い	8
目・鼻の刺激：ない	-----X-----	最も強い	50
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	11
どろき：ない	X-----	最も強い	12
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	11
吐き気：ない	X-----	最も強い	9
気持ちが悪い：ない	X-----	最も強い	9
頭がぼーとする：ない	X-----	最も強い	12
眠い、あくびが出る：ない	-----X-----	最も強い	27
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	12
頭の重い感じ：ない	X-----	最も強い	7
頭痛：ない	X-----	最も強い	12
めまい：ない	X-----	最も強い	8
ふらつき：ない	X-----	最も強い	20
発疹、かゆみ：ない	X-----	最も強い	9
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	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	

患者 8 130 $\mu\text{g}/\text{m}^3$  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

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 26 $\mu$ g/m<sup>3</sup>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	-----X-----	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	-----X-----	最も強い	1.2
しみる感じ：ない	-----X-----	最も強い	1.2
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	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	1.2
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	0
意欲低下：ない	*-----	最も強い	0
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	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 8 26  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  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。

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 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 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 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



