

対照1 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。

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 *	-----	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	-----x-----	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

対照1 40ppb 暴露後

2

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

ア例) かゆみ 料 ない | 130306 | × | | | 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

35

対照1 8ppb 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。

アレルギー科 130307

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

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 |-----x-----| 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

対照1 8ppb 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。

アレルギー科 130307

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
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	-----x-----	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

対照2 40ppb 暴露前

S , F

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 120201 記載の症状が荷もない場合 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 → 4

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

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

対照2 40ppb 暴露後

S F

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 |-----×-----| 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