

# 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。

アレルが、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 |-----×-----| 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





### 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 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