

対照2 8ppb 暴露前

ブラス検査 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 130228

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

5

all
0

4

対照2 8ppb 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。

アレルギー科 130228
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 → 6

眠い、あくびが出る：ない | × |-----| 最も強い → 9

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 3

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 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。

ない：記載の症状が何もない場合
アレルギー科 130227

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 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。
 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

アレルギー反応： ない * 130227 × |—————| 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 → 7

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3 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。

アレルギー科 130306

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

どろき： 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3 40ppb 暴露後

プーエ検査 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 130306

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

対照3 8ppb 暴露前

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

対照3 8ppb 暴露後

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