

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

5

all
0

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

最も強い：今までの中で、最も強い症状の場合

アレルギー科

130227

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

川やのどの乾き： 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

アレルギーかゆみ： 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

日・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

II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 |-----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 |-----x-----| 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 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：記載の症状が何も無い場合

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