

対照3 プラセボ前

———()——— 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 130308

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

対照3 プラセボ後

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 130308

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

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。

2
対照4 40ppb 暴露前

5

F

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：科ない | 130222 * | | | | 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 0

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 * | | | | | 最も強い 0

眠い、あくびが出る：ない | | X | | | | 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 | | X | | | | 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 0

対照4 40ppb 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。

S F

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

130222

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 * |-----|-----|-----| 最も強い 0

しみる感じ： ない * |-----|-----|-----| 最も強い 0

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

頭がボーとする： ない |-----x-----|-----| 最も強い 0

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

コ

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 |-----x-----|-----| 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 |-----x-----|-----| 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。

(手が汗ばんでい?) : ない |-----x-----|-----| 最も強い

対照4 8ppb 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 130220

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	14
しみる感じ：ない*	-----*-----	最も強い	0
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	16
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	10
気持ちが悪い：ない	-----×-----	最も強い	12
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	1
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	9
意欲低下：ない*	-----*-----	最も強い	0
頭の重い感じ：ない	-----×-----	最も強い	14
頭痛：ない	-----×-----	最も強い	12
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	33
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	0

対照4 8ppb 暴露後

5

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 130220

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	*-----	最も強い	0
しみる感じ：ない	*-----	最も強い	0
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	-----X-----	最も強い	15
頭がぼーとする：ない	-----X-----	最も強い	15
眠い、あくびが出る：ない	-----X-----	最も強い	20
いらだち気味：ない	*-----	最も強い	0
身体がだるい：ない	-----X-----	最も強い	12
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	-----X-----	最も強い	13
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

対照4 プラセボ前

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。

アレナび：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 |---x---| 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 |---x---| 最も強い

眠い、あくびが出る：ない |---x---| 最も強い

いらだち気味：ない * |-----| 最も強い

身体がだるい：ない |---x---| 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 |---x---| * |-----| 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

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。

対照4 プラセボ後

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	
アレルギー科	130221		
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	0
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	-----X----- -----	最も強い	16
気持ちが悪い：ない	-----X----- -----	最も強い	15
頭がぼーとする：ない	-----X----- -----	最も強い	30
眠い、あくびが出る：ない	-----X----- -----	最も強い	11
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	1
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	* -----X----- -----	最も強い	33
ふらつき：ない	* -----X----- -----	最も強い	20
発疹、かゆみ：ない	* ----- ----- -----	最も強い	0
口やのどの乾き：ない	-----X----- -----	最も強い	00
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	