

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 |—————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 * |—————|—————| 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

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

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 | |