

反復経頭蓋磁気刺激（rTMS）療法の適性に関する質問票

反復経頭蓋磁気刺激（rTMS）療法を安全に行うために、以下の質問にわかる範囲でお答えください。後ほど本質問票と現在の処方内容に基づいて担当医より問診し、rTMS 療法の適性を判断させていただきます。

1. これまでに、以下のことがありましたか？

- | | |
|-------------------------|--|
| rTMS 実施経験（治療、研究を問わない） | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| rTMS のあとに副作用などの不快な経験 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 電気けいれん療法（副作用の有無など） | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| けいれん発作（てんかんの診断の有無を問わない） | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 意識消失発作 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 脳卒中（脳梗塞や脳出血など） | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 頭部外傷（意識がなくなるなど重度なもの） | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 頭部の手術 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 脳外科もしくは神経内科の病気 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 脳障害をおこす可能性のある内科疾患 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| アルコールや薬物の乱用 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

2. 現在、以下のことはありますか？

- | | |
|---------------------------|--|
| 頻繁または重度な頭痛 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 頭の中に金属や磁性体(チタン製品かどうか要確認) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 体内埋め込み式の医療機器(心臓ペースメーカーなど) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 多量の飲酒や薬物の乱用 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 妊娠中、もしくは妊娠の可能性が否定されない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 家族内にてんかんを持っているかた | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

3. 「はい」とチェックした項目について、より詳しく教えてください。

患者署名： _____ (日付： 年 月 日)

住所：

電話番号：

担当医署名： _____ (日付： 年 月 日)

特定医療法人社団慈藻会 平松記念病院