

rTMS適性質問票

反復経頭蓋磁気刺激療法（rTMS）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。

これまでに、以下のことがありましたか？

- |                             |                              |                         |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 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 | 電気けいれん療法の実施経験           |
| <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             |

現在、以下のことがありますか？

- |                             |                              |                           |
|-----------------------------|------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 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          |

「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。

<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
患者署名：	<hr/>	（日付：	<hr/> 年      月      日）
担当医署名：	<hr/>	（日付：	<hr/> 年      月      日）