

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。

これまでに、以下のことがありましたか？

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

現在、以下のことはありますか？

- はい いいえ 頻繁または重度な頭痛
- はい 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）
- はい 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）
- はい いいえ 多量の飲酒や薬物の乱用
- はい いいえ 妊娠中、もしくは妊娠の可能性が否定されない
- はい 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。

患者署名： (日付： 年 月 日)

住所：

電話番号：

(連絡先は、受診のご連絡をする際に必要となります)

神奈川県立精神医療センター