

## rTMS連携シート兼チェックリスト

<b>患者情報</b>		<b>紹介元医療機関</b>	
フリガナ		医療機関名	
患者氏名			
生年月日		TEL	
住所	〒	FAX	
		問い合わせが必要な際の窓口（担当者名、担当部署等）	
TEL			
携帯		TEL:	（内線            ）

<b>情報提供</b>	
適 応 条 件	<input type="checkbox"/> 中等度症状以上のうつ病である <input type="checkbox"/> 認知症、器質性疾患、症状性の気分障害ではない <input type="checkbox"/> 双極性障害の抑うつエピソードではない <input type="checkbox"/> 切迫した希死念慮や緊張症状の状態ではない
	<input type="checkbox"/> 対象年齢（18歳以上）に該当する
	<input type="checkbox"/> 既存の抗うつ薬による <b>十分な薬物療法*</b> によっても期待される効果が認められない *1剤以上の抗うつ薬の十分量十分期間投与しても効果がない または容認性の問題により抗うつ薬による十分な薬物療法が行えない
禁 忌 条 件	金属や電子機器の頭蓋内や体内への留置 （脳動脈クリップ、人工内耳、ペースメーカー、インプラント等） <span style="float: right;"> <input type="checkbox"/> 無   <input type="checkbox"/> 有         </span>
	てんかんや痙攣の既往 <span style="float: right;"> <input type="checkbox"/> 無   <input type="checkbox"/> 有         </span>

<b>必要書類</b>	
	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書（貴院書式） （①診断名 ②既往歴および家族歴 ③あれば検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方について）
	<input type="checkbox"/> 抗うつ薬による十分な薬物療法が行われたことがわかる薬剤情報 お薬手帳、薬剤情報提供書、処方薬変更歴、診療情報提供書への記載など
	<input type="checkbox"/> rTMS連携シート兼チェックリスト
	<input type="checkbox"/> rTMS適正質問票【患者様記載用】 （患者様に記載・署名いただいた後に、記載事項の確認をご担当の先生で実施していただき署名をお願いいたします。）

- ◆ 来院状況            貴院入院中            貴院通院中
- ◆ 上記必要書類と保険証・各種医療証・おくすり手帳を持参の上、受付にて受診申込みをお願いいたします。

八代病院シーサイドこころケアステーション  
 〒866-0024  
 熊本県八代市郡築一番町179番地  
 TEL: 0965-37-0317  
 FAX: 0965-37-1785