

反復経頭蓋磁気刺激療法 (rTMS)の適正に関する質問票

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療法の適正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（治験、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（脳梗塞や脳腫出血など） |
| <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、以下のことはありますか？

- | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|-----|---------------------------|
| <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。

患者署名： _____ (日付： 年 月 日)

担当医署名： _____ (日付： 年 月 日)