

反復経頭蓋磁気刺激（rTMS）適性に関する質問票

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？

① rTMS 実施経験（治療、研究を問わない）

はい いいえ

※はいと回答された方

①-1 rTMS のあとに副作用などの不快な経験

はい いいえ

② 電気けいれん療法（副作用の有無など）

はい いいえ

③ 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

④ 意識消失発作

はい いいえ

⑤ 脳卒中（脳梗塞や脳出血など）

はい いいえ

⑥ 頭部外傷（意識がなくなるなど重度なもの）

はい いいえ

⑦ 頭部の手術

はい いいえ

⑧ 脳外科もしくは神経内科の病気

はい いいえ

⑨ 脳障害をおこす可能性のある内科疾患

はい いいえ

⑩ アルコールや薬物の乱用

はい いいえ

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)

担当医署名： (日付： 年 月 日)