

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） | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ② 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 |
| ③ 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 |
| ④ 意識消失発作 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤ 脳卒中（脳梗塞や脳出血など） | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑥ 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 |
| ⑦ 頭部の手術 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑧ 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 |
| ⑨ 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 |
| ⑩ アルコールや薬物の乱用 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)

小島病院 精神科