

反復経頭蓋磁気刺激（rTMS）療法の適正に関する質問票

反復経頭蓋磁気刺激（rTMS）療法を安全に行うために、以下の質問に分る範囲でお答え下さい。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の重症なもの）
- ☐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 脳障害を起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もっている方

「はい」とチェックした項目について、より詳しく教えて下さい。

患者署名： _____（日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日）

住所： _____

電話番号： _____ ※受診のご連絡をする際に必要となります

医）有恒会 こだまホスピタル