

## 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？

- 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 の後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 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度なもの)
- 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 家庭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)

西熊谷病院