rTMS適性質問票

医療法人澤山会　手稲病院

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ついて担当医が問診し、rTMS療法の適性を判断します。

これまでに、以下のことがありましたか？

rTMS実施経験(治療、研究を問わない)	☐ ある	☐ ない
rTMSのあとに副作用などの不快な経験	☐ ある	☐ ない
電気けいれん療法(副作用の有無など)	☐ ある	☐ ない
けいれん発作(てんかんの診断の有無を問わない)	☐ ある	☐ ない
意識消失発作	☐ ある	☐ ない
脳卒中(脳梗塞や脳出血など)	☐ ある	☐ ない
頭部外傷(意識がなくなるなど重度なもの)	☐ ある	☐ ない
頭部の手術	☐ ある	☐ ない
脳神経外科または脳神経内科の病気	☐ ある	☐ ない
重い身体の病気	☐ ある	☐ ない
アルコールや薬物の乱用	☐ ある	☐ ない

現在、以下のことはありますか？

頻繁または重度な頭痛	☐ ある	☐ ない
頭の中や頭部付近に金属や磁性体(人工内耳、クリップ、プレート、刺激装置など)	☐ ある	☐ ない
体内埋め込み式の医療機器(心臓ペースメーカーなど)	☐ ある	☐ ない
多量の飲酒や薬物の乱用	☐ ある	☐ ない
現在、妊娠中、または妊娠の可能性がありますか？	☐ ある	☐ ない
家族にてんかん・けいれん発作を起こしたことがある方	☐ ある	☐ ない

「ある」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

日本精神神経学会「反復経頭蓋磁気刺激装置適正使用指針」参考資料3「rTMS適性質問票および副作用チェック表」に基づく内容