|  |
| --- |
| **反復性経頭蓋磁気刺激法（rTMS）の適性に関する質問票** |

反復性経頭蓋磁気刺激法（rTMS）を安全に行うために以下の質問に分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 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 脳障害をお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持っている方

## 「はい」とチェックした項目について、より詳しく教えてください。

|  |
| --- |
|  |

患者署名：　　 （日付：　　　　　年　　　月　　　日）

担当医署名：　　 （日付：　　　　　年　　　月　　　日）

京都府立洛南病院