**診療情報提供書**

作成日　　　年　　月　　日

京都府立洛南病院

ｒTMS療法担当　宛　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

住所

電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名 |  |
| 主症状 |  |
| 既往症 | 無 / 有 ⇒ |
| 精神科家族歴 | 無 / 有 ⇒ |
| 生育歴 |  |
| 教育歴 |  |
| 職歴 |  |
| 現病歴 | 発症　　昭和・平成・令和　　　年  エピソード回数　　計　　　回  ⇒うつ病エピソード　　　回　　　　躁病（軽躁病）エピソード　　　回  現在のエピソード　うつ病エピソード / 躁病エピソード　　年　月～  希死念慮　なし / あり  自殺企図歴　なし / あり　詳細（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

医師　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | （ 男 ・ 女 ） | 生年月日 | 年　　月　　日  　　　　　（　　　歳） |
| 住所 |  | 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 現病歴 | ＊恐れ入りますが、できるだけ詳細にご記載下さい。 |
| 現在の処方 |  |
| これまで使用した抗うつ剤とその最高容量、投与期間 | ①抗うつ薬：　　　　　　投与量：　　mg 期間：　　年　　月～　　　年　　月まで投与  ②抗うつ薬：　　　　　　投与量：　　mg 期間：　　年　　月～　　　年　　月まで投与  ③抗うつ薬：　　　　　　投与量：　　mg 期間：　　年　　月～　　　年　　月まで投与 |
| その他 |  |

以下の事項について、患者様へ事前にご説明いただきますようお願いいたします。

・書類や診察および検査結果に基づき検討した結果、ｒTMS療法を実施できないことがあります。

・ｒTMS療法を受けることで、全てのうつ病が改善するわけではありません。効き方には個人差があり、無効となる場合もあります。