

# 反復経頭蓋磁気刺激療法 (rTMS) の適性に関する質問票

反復経頭蓋磁気刺激療法 (rTMS) を安全に行うため、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 を受けた経験 (治療、研究を問わない)
- はい いいえ rTMS のあとに副作用など不快な経験
- はい いいえ 電気けいれん療法、通電療法
- はい いいえ けいれん発作 (てんかんと診断されていない場合も含む)
- はい いいえ 意識消失発作 (失神発作)
- 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
- はい いいえ 網膜はく離と診断された経験
- はい いいえ 激しい耳鳴りや目まい

## 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 (『はい』の場合、チタン製品かどうかを以下に記入)
- 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、人工内耳など)
- はい いいえ タトゥー、刺青 (『はい』の場合、部位を以下に記入)
- 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ある
- はい いいえ 家族内にてんかんを持っている方がいる

「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)

住所：

電話番号：

(連絡先は、受診のご連絡をする際に必要となります)

NTT 東日本伊豆病院 リハビリテーション精神科