



# rTMS療法に関する質問票

rTMS療法（反復経頭蓋磁気刺激療法）を安全に行うために下記の質問について分かる範囲でお答え下さい。後ほど本質問票と現在の処方内容に基づいて専門医より問診を行い、rTMS療法の適応について判断いたします。

## 1.ご自身について教えてください

- |                                |                             |                              |
|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ①18歳以上である                      | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ②rTMS療法に同意できる                  | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ③頻繁に頭痛がある、または我慢できない程のひどい頭痛がある  | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ④頭に金属や磁性体（チタン製品かどうか要確認）が入っている  | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ⑤刺激部位に近接しないが金属（インプラント等）が入っている  | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ⑥体内埋込み式の医療器具（心臓ペースメーカー等）を付けている | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ⑦多量の飲酒や薬物の乱用をしている              | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ⑧妊娠中、もしくは妊娠の可能性がある             | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ⑨てんかんを持っている家族がいる               | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |

「はい」とお答え頂いた項目について、詳しく教えてください

---

---

---

## 2.以下の経験があれば教えてください

- |                               |                             |                              |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ① rTMS療法を受けたことがある             | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ※「はい」と回答された方                  |                             |                              |
| rTMS療法の後に副作用などの不快な経験をしたことがある  | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ②電気けいれん療法（ECT）を受けたことがある       | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ※「はい」と回答された方                  |                             |                              |
| 電気けいれん療法の後に副作用等の不快な経験をしたことがある | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ③けいれんを起こしたことがある               | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ④突然、意識がなくなった経験がある             | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ⑤脳卒中（脳梗塞や脳出血など）を起こしたことがある     | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ⑥頭部に意識がなくなるほどひどい外傷を負ったことがある   | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ⑦頭部の手術をしたことがある                | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ⑧脳外科もしくは神経内科の病気を患ったことがある      | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ⑨脳障害を起こす可能性のある内科疾患にかかったことがある  | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| ⑩アルコールや薬物の乱用をしていたことがある        | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |

患者署名 : \_\_\_\_\_ 記入日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

担当医署名 : \_\_\_\_\_ 記入日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日