

## rTMS の適正に関する質問票

rTMS を安全に行うために、以下の質問にお答えください。後ほど担当医より問診し、rTMS 療法の適正を判断させていただきます。

過去に以下の経験があれば教えて下さい。

1. rTMS 治療を受けたことがある	はい	いいえ
※副作用などの不快な経験をしたことがある	はい	いいえ
2. 電気けいれん療法を受けたことがある	はい	いいえ
※副作用などの不快な経験をしたことがある	はい	いいえ
3. けいれん発作を起こしたことがある	はい	いいえ
4. 意識を失ったことがある	はい	いいえ
5. 脳梗塞や脳出血等を起こしたことがある	はい	いいえ
6. 頭部の手術をしたことがある	はい	いいえ
7. 意識がなくなるくらい頭部に外傷を受けたことがある	はい	いいえ
8. 脳外科もしくは神経内科の病気といわれたことがある	はい	いいえ
9. 脳障害を起こす内科疾患といわれたことがある	はい	いいえ
10. アルコールや薬物の乱用を指摘されたことがある	はい	いいえ

現在、以下のことはありますか？

1. 頻繁に頭痛がある。我慢できないほどの頭痛がある	はい	いいえ
2. 頭の中に金属や磁性体が入っている(チタン製かどうか)	はい	いいえ
3. 体内埋込式の医療器具(心臓ペースメーカー等)を付けている	はい	いいえ
4. 多量の飲酒や薬物の乱用をしている	はい	いいえ
5. 妊娠中、もしくは妊娠の可能性がある	はい	いいえ
6. てんかんを持っている家族がいる	はい	いいえ

「はい」とチェックした項目について、より詳しく教えて下さい。

患者署名： \_\_\_\_\_ (日付： 年 月 日)

担当医署名： \_\_\_\_\_ (日付： 年 月 日)