

r TMS治療を希望、検討中の方は質問票を確認していただきお答えください。

1. どなたからのお問合せになりますか？ ご本人 ご本人以外

ご本人以外の場合お答えください
お問い合わせの方の情報をお答えください。

1) 氏 名 _____

2) ご本人様とのご関係（続柄）_____

3) 連絡先 _____

2. ご本人の情報をお答えください。

1) 氏 名 _____

2) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3) 性別 男性 女性 回答しない その他 _____

4) 住所 _____

5) 連絡先電話番号 _____

6) r TMSを希望されていますか？ 希望 相談して決めたい 希望はしていない
 その他 _____

3. 治療歴についてお答えください。

1) かかりつけ医療機関はございますか？
ある場合、病院名・診療科をご記入ください。 _____

2) 病名（診断名をご記入ください）。 _____

4. 質問内容があればご記入ください。

5. r TMS治療をご希望の方は「反復経頭蓋磁気刺激療法の適正に関する質問票」にお答えください。

反復経頭蓋磁気刺激療法（r TMS）の適正に関する質問票

反復経頭蓋磁気刺激療法（r TMS）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、r TMS療法の適性を判断いたします。

1. 過去に以下の経験があれば教えてください。

- ① r TMS治療を受けたことがある。 はい いいえ
※ 「はい」と回答された方
r TMS治療のあとに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（ETC）を受けたことがある。 はい いいえ
※ 「はい」と回答された方
電気けいれん療法のあとに副作用など不快な経験をしたことがある。 はい いいえ
- ③ けいれんを起こしたことがある。 はい いいえ
- ④ 突然、意識がなくなった経験がある。 はい いいえ
- 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 いいえ
- 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 いいえ
- ⑦ 頭部の手術をしたことがある。 はい いいえ
- ⑧ 脳外科もしくは神経内科の病気を患ったことがある。 はい いいえ
- 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 いいえ
- ⑩ アルコールや薬物の乱用をしていたことがある。 はい いいえ

2. 現在、以下のことはありますか？

- ① 頻繁に頭痛がある。または我慢できないほどのひどい頭痛がある。 はい いいえ
- ② 頭の中に金属や磁性体（チタン製品かどうか要確認）が入っている。 はい いいえ
- ③ 体内埋込み式の医療器具（心臓ペースメーカーなど）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、より詳しく教えてください。

※ 現在、服用している内服薬をすべてご記入下さい。
