

反復経頭蓋磁気刺激療法（rTMS）の適正に関する質問票

反復経頭蓋磁気刺激療法（rTMS）を安全に行うために、以下の質問に分かる範囲でお答えください。本質問票と現在の処方内容に基づいて担当医が問診を行い、rTMS 療法の適性を判断させていただきます。

1. これまでに以下のようなことがありましたか？

①治療・研究などで rTMS を受けたことがある。 はい いいえ

※「はい」と回答された方のみお答えください。

rTMS 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（ECT,m-ECT）を受けたことがある。 はい いいえ

※「はい」と回答された方のみお答えください。

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、意識がなくなったことがある。 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、ひどいけが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になった経験がある。 はい いいえ

⑨脳に障害を起こす可能性のある内科の病気になったことがある。 はい いいえ

⑩アルコールや薬物の乱用の経験がある。 はい いいえ

2. 現在、以下のことはありますか？

①ひんぱんな、またはひどい頭痛がある。 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がある。 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ご家族内にてんかんの方がいる。 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。

患者署名：

（ 年 月 日）

担当医署名：

（ 年 月 日）