うつ病に対するrTMS療法希望患者様診療情報提供書

年　　月　　日

公益財団法人慈圭会慈圭病院

rTMS療法担当医　行

【地域連携室直通(FAX) 086-265-9370】

医療機関名

担　当　医

以下の患者様のrTMS療法を希望しますので、検討してください。

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　歳（※18歳以上が対象です）

診断(ICD-10)（\*中等症以上の大うつ病性障害が対象です）

F32　　　F33　　　その他（　　　　　　　　　）

身体合併症・既往歴

rTMS療法を主に希望する人

患者本人　　　主治医　　　その他（　　　　　　　　　）

現病歴・現症

現在のうつ病エピソードについて

開始時期　　　年　　月頃

希死念慮　　有　　無　　不明

重症度　　　軽　　中　　重　（うつ病評価尺度名　　　　,　　　点）

　　　　　　　（中等症以上が適応になります）

現在の処方

抗うつ薬使用歴（＊1剤以上の至適用量の抗うつ薬で治療効果のない方が対象）

・今回エピソード

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 薬剤名 | 最大用量 | 最大用量の投与期間 |
| ① |  | 　　　mg/日 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| ② |  | 　　　mg/日 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| ③ |  | 　　　mg/日 |  |

・過去エピソード

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 薬剤名 | 最大用量 | 最大用量の投与期間 |
| ① |  | 　　　mg/日 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| ② |  | 　　　mg/日 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| ③ |  | 　　　mg/日 |  |

入院（＊ｒTMS療法は入院下で最長6週間程度必要です）　　可　　不可

rTMS療法の適正に関する質問票について

・すべて「いいえ」

・「はい」の項目がある（項目　　　　　　　　　　　）