

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（\* r TMS 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 ）