

rTMS 施行希望症例の病状照会

| | |
|------|--|
| 貴施設名 | |
| 主治医名 | |

●患者様情報

| | | | | |
|---------------------|----------|---|---|---|
| お名前（イニシャル） | 歳 | 男 | ・ | 女 |
| 診断名： | HAM-D17： | | 点 | |
| 既往歴、アレルギーなど： | | | | |
| 現病歴： | | | | |
| 初発年齢(推定)： | | | | |
| 現在、隔離の必要性： 有 ・ 無 | | | | |
| 現在の処方 | | | | |
| これまでに用いた抗うつ剤とその最高用量 | | | | |

●以下のことがありましたか？

| | | | | | |
|---|---|-----------------|---|---|-----------------|
| 有 | 無 | rTMS 実施経験 | 有 | 無 | 頭部外傷(重度のもの) |
| 有 | 無 | 電気けいれん療法(m-ECT) | 有 | 無 | 頭部の手術 |
| 有 | 無 | けいれん発作 | 有 | 無 | 脳外科 or 神経内科の病気 |
| 有 | 無 | 意識消失発作 | 有 | 無 | 脳障害を起こす可能性のある疾患 |
| 有 | 無 | 脳卒中（脳梗塞や脳出血など） | | | |

| | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|---|----------------|
| 有 | 無 | 頻繁 or 重度な頭痛 | 有 | 無 | 妊娠中 or 妊娠の可能性 |
| 有 | 無 | 頭の中に金属や磁性体がある | 有 | 無 | 白内障などの眼内レンズ |
| 有 | 無 | 体内に埋め込み式の医療機器 (心臓ペースメーカーなど) | 有 | 無 | 家族内にてんかんの既往がある |

●確認事項（よく確認後、チェックをお願いします）

- 書類や受診後の適応会議の結果、rTMS が施行されない可能性があります。
- rTMS を実施した場合でも無効な症例があります。
- rTMS を終了後は、必ず紹介元の医療機関での診療をお願いします。