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(イニシャルでお願いします)： | 　　　　　歳 | 男　　女 |
| 診断名： | HAM-D21：　　　　　点 |
| 既往歴、アレルギー、禁止薬物など： |
| 現病歴： |
| 初発年齢(推定)： | 隔離室の必要性：　有　　　無 |
| 現在の処方 |
| これまでに用いられてき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（治療、研究を含む） | 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 | 家族内にてんかんを持っている方がいる |

確認事項（以下の事項についても確認をよろしくお願いします。確認後にチェックをお願いします）

□ 書類や受診後の会議の結果、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終了後は、原則、紹介元の医療機関での診療をお願いします。