

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。