

反復経頭蓋磁気刺激 (rTMS) 療法の適性に関する質問票

以下は、日本精神神経学会の定める「rTMS 適正使用指針」において、rTMS の適応、適応外、禁忌、相対禁忌とされている事項です。該当患者さんにつき、当てはまる事項に○をつけてください。また、使用薬歴に関してもあわせて記載してください。
記載できましたら、通常の診療情報提供書とともに当院へ送付してください。

患者名 _____ 年齢 _____ 性別 _____

18 歳以上である	はい	いいえ
診断名はうつ病 (F32 (ICD-10) または [296] (DSM-5)) である	はい	いいえ
中等症以上のうつ病である	はい	いいえ
少なくとも 1 剤以上の抗うつ薬を充分量、充分期間投与したが、十分な改善が得られていない ※「はい」の場合、以下に抗うつ薬の種類、最大投与量およびその投与期間を記載してください 記載例：アモキサピンを 100mg を 8 週間以上	はい	いいえ
双極性障害のうつ状態である	はい	いいえ
精神病症状、または切迫した希死念慮を伴う重症うつ病である	はい	いいえ
認知症、または器質性・症状性の気分障害である	はい	いいえ
以下の疾患で、中等症以上のうつ病エピソードの診断基準を満たさない抑うつ症状を有している患者である (適応障害を含む F4 の診断、パーソナリティ障害、発達障害、AD/HD、物質依存など)	はい	いいえ
人工内耳、磁性体クリップ、DBS などの刺激装置が留置されている	はい	いいえ
心臓ペースメーカーが留置されている	はい	いいえ
研究、自費診療問わず、過去に rTMS 療法を受けたことがある	はい	いいえ
刺激部位に近接しない金属 (体内埋没型の投薬ポンプなど) がある	はい	いいえ
頭蓋内のチタン製品、磁力接着する義歯・インプラントがある	はい	いいえ
てんかん、けいれん発作の既往がある (熱性痙攣を含めて)	はい	いいえ
痙攣発作のリスクのある頭蓋内病変がある	はい	いいえ
痙攣発作の閾値を低下させる薬剤を服用している (三環系抗うつ薬、マプロチリン、テオフィリン、メチルフェニデート、ケタミン、クロザピン、ゾテピンなど)	はい	いいえ
アルコール、カフェイン、覚醒剤などの物質乱用歴がある	はい	いいえ
妊娠中である、またはその可能性がある	はい	いいえ
重篤な身体疾患を有している	はい	いいえ

上記に関して特記事項がございましたら、以下に具体的に記載してください