

反復経頭蓋磁気刺激療法（rTMS）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。
患者様につき、当てはまる事項に○をつけてください。
診療情報提供書といっしょにお送りくださいますよう、お願い申し上げます。

イニシャル _____ 年齢 _____ 性別 _____

適応

- | | | |
|---|----|----------|
| ① 成人（18歳以上）である | はい | いいえ |
| ② うつ病の診断を受けている | はい | いいえ |
| ③ 中等度以上の抑うつ状態である | はい | いいえ |
| ④ 抗うつ薬による薬物療法によって十分な改善が得られていない
使用した抗うつ薬（ | はい | いいえ
） |

適応外

- | | | |
|--|----|-----|
| ⑤ 双極性障害のうつ状態 | はい | いいえ |
| ⑥ 精神病症状、切迫した希死念慮を伴う重症うつ病 | はい | いいえ |
| ⑦ 明らかな認知症、器質性・症状性の気分障害 | はい | いいえ |
| ⑧ 以下の疾患などの、うつ病の基準を満たさない不安・抑うつ症状
（適応障害、神経症性障害、ストレス関連障害、人格障害、
発達障害、物質依存など） | はい | いいえ |

絶対禁忌

- | | | |
|---------------------------------------|----|-----|
| ⑨ 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 |
| ⑩ 心臓ペースメーカーが留置されている | はい | いいえ |

相対禁忌

- | | | |
|--|----|-----|
| ⑪ 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） | はい | いいえ |
| ⑫ 頭蓋内のチタン製品、磁力装着する義歯・インプラント | はい | いいえ |
| ⑬ てんかん、けいれん発作の既往がある（熱性けいれんも） | はい | いいえ |
| ⑭ けいれん発作リスクのある頭蓋内病変がある | はい | いいえ |
| ⑮ けいれん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、クロザピン、ゾテピンなど） | はい | いいえ |
| ⑯ アルコール、カフェイン、覚醒剤の乱用 | はい | いいえ |
| ⑰ 妊娠中あるいは妊娠の可能性がある | はい | いいえ |
| ⑱ 重篤な身体疾患を合併している | はい | いいえ |

特記すべき点がございましたら、具体的にお書きください。

貴院のお名前 _____

日付 _____



医療法人財団 青山会 福井記念病院
〒238-0115 三浦市初声町高円坊1040-2
TEL 046-888-2145 FAX 046-888-5870