

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

名前（イニシャル）：_____ 年齢：_____ 性別：_____

診断名：_____

精神科併存疾患：_____

HAM-D21：_____ 点（_____ 年 _____ 月 _____ 日施行）

既往歴、アレルギー、禁止薬物など：_____

現在の処方：_____

これまでに用いられてきた抗うつ薬とその最高用量、および、最高用量で投与した期間：

抗うつ薬	最高用量	最高用量での投与期間
例：セルトラリン	100mg	2025 年 4 月 1 日～2025 年 5 月 31 日

以下のことがあるか

有 ☐ 無 ☐	rTMS 実施経験	有 ☐ 無 ☐	重度の頭部外傷
有 ☐ 無 ☐	電気けいれん療法	有 ☐ 無 ☐	頭部の手術
有 ☐ 無 ☐	けいれん発作	有 ☐ 無 ☐	脳外科もしくは神経内科疾患
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 ☐	頻繁もしくは重度の頭痛
有 ☐ 無 ☐	頭部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 ☐	てんかんの家族歴	有 ☐ 無 ☐	妊娠中もしくは妊娠の可能性
有 ☐ 無 ☐	ペースメーカーなど体内に埋込式の医療機器		