

rTMSチェックリスト

年 月 日

患者情報		紹介元医療機関	
フリガナ		医療機関名	
患者氏名			
生年月日	年 月 日	TEL	
住所	〒	FAX	
TEL		問い合わせが必要な際の窓口（担当者名、担当部署等）	
携帯		TEL :	（内線）

情報提供	
適応条件	<input type="checkbox"/> 中等度症状以上のうつ病である <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 認知症、器質性疾患、症状性の気分障害ではない <input type="checkbox"/> 双極性障害の抑うつエピソードではない <input type="checkbox"/> 切迫した希死念慮や緊張症状の状態ではない
	<input type="checkbox"/> 対象年齢（18歳以上）に該当する <input type="checkbox"/> 既存の抗うつ薬による十分な薬物療法※によっても期待される効果が認められない <p style="text-align: center;">※1剤以上の抗うつ薬の十分量十分期間投与しても効果がない または容認性の問題により抗うつ薬による十分な薬物療法が行えない</p>
禁忌事項	金属や電子機器の頭蓋内や体内留置 (脳動脈クリップ、人工内耳、ペースメーカー、インプラント等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	てんかんや痙攣の既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	妊娠中、授乳中 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

必要書類	
チェックリスト	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書（貴院様式） <p style="text-align: center;">(①診断名②既往歴及び家族歴③あれば検査所見④治療経過⑤現在の処方の記載をお願いいたします)</p>
	<input type="checkbox"/> 抗うつ薬による十分な薬物療法が行われたことがわかる薬剤情報 <p style="text-align: center;">(お薬手帳、薬剤情報提供書、処方薬変更歴、診療情報提供書への記載など)</p>
	<input type="checkbox"/> rTMSチェックリスト（本用紙）
	<input type="checkbox"/> 【患者記載用】rTMS適性質問票および副作用チェック表 <p style="text-align: center;">(患者様に記載・署名いただいた後に、担当医にてご確認の上、ご署名をお願いします)</p>

- ◆ 来院時状況： 貴院入院中 貴院通院中
- ◆ 上記必要書類と保険証・各種医療証・お薬手帳を持参の上、本館受付にて受診申込みをしてください
ようご案内ください。