

# rTMS事前問診票

記入日 年 月 日

この問診票は、医療法人友愛会 千曲荘病院にて、rTMS治療の適用となるかの判断材料として使用されます。太線枠内の回答欄への記入をお願い致します。

カナ 氏名	生年月日  年 月 日
----------	-------------------

下記の質問にお答えください

けいれん、てんかんの既往がある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
頭部に重度の外傷を負ったことがある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
聴覚の異常や頻繁な耳鳴りがある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
現在、妊娠している	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
頭蓋内に金属がある(金属破片、クリップなど)	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
人工内耳を使用している	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
埋め込み型の装置を使用している(脳深部刺激、硬膜下電極など)	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
体内に金属を埋め込んでいる(ペースメーカーやカテーテルなど)	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
植え込み型投薬装置を使用している	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
内服薬を使用している。(はいの場合は内服薬名を記入)	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
内服薬名:		
脊髄手術歴がある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
シャント手術歴がある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
rTMS治療を受けた経験がある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
MRIを受けた経験がある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

私はこの問診票に記入した情報を、医療法人友愛会 千曲荘病院に提供することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_

気になることなどございましたら自由にご記入ください