

## rTMS治療の適応チェックリスト

患者氏名： ( ) 評価日： 年 月 日

評価医： ( ) 施設名： ( )

1	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	18歳以上である。
2	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	本人からrTMS治療の同意を得ることができる。
3	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	うつ病（DMS-5: 大うつ病性障害, ICD-10: うつ病エピソード）である。
4	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	1剤以上の抗うつ薬の至適用量を十分な期間投与したが、効果が不十分である。
5	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	双極性感情障害ではない。
6	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	軽症うつ病エピソードではない。
7	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	精神病症状や切迫する希死念慮を伴う重症うつ病エピソードではない。
8	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	頭蓋内金属（クリップ・人工内耳など）・心臓ペースメーカーを有していない。
9	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	てんかん発作の既往がない。（小児期の熱性けいれんは除く）
10	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	アルコール・カフェイン・覚醒剤の乱用・離脱がない。
11	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	妊娠中ではない。
12	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	重篤な身体疾患を合併していない。

注：1項目でも  いいえ になりますと、当院でのrTMS治療の適応にはなりません。