

公益社団法人日本精神神経学会 理事長殿

医療連携申告書

反復経頭蓋磁気刺激（rTMS）療法を、うつ病患者に安全に実施する上で必要となる医療連携体制について、以下のように申告します。

・身体的緊急事態における医療連携（どちらか、または両方にチェック）

rTMS 療法によって誘発されたけいれん発作やその併発症（嘔吐物誤嚥、口腔内咬傷、転倒・転落による外傷など）への迅速な対応ができる（医学的優先度に応じて）。

- 当該医療機関内で連携が可能である。

病院長 _____（自署） 印

- 以下の医療機関との連携が可能である（1 機関以上）。

医療機関名： _____

病院長 _____（自署） 印

医療機関名： _____

病院長 _____（自署） 印

・精神科的緊急事態における医療連携（どちらか、または両方にチェック）

rTMS 療法に限定したリスクではないが、rTMS 療法の経過において切迫した希死念慮など重篤な精神症状を認めた場合、迅速に精神科入院を行うことができる。

- 当該医療機関内で入院治療が可能である。

病院長 _____（自署） 印

- 以下の医療機関との連携において入院治療が可能である（1 機関以上）。

医療機関名： _____

病院長 _____（自署） 印

医療機関名： _____

病院長 _____（自署） 印

rTMS 実施医療機関の名称： _____

住所： _____ 電話番号： _____

申告者役職： _____ 精神科専門医

申告者氏名： _____（自署） 印