

安全な TMS を用いた研究のためのスクリーニング検査項目： 機密保護扱い

東京女子大学人を対象とする研究に関する倫理審査委員会承認番号: _____

これらの質問の目的は、経頭蓋磁気刺激法(以下、TMS)を用いた研究に安全にご参加頂くためのものです。

あなたはいつでも、この質問紙・及び後の実験を中断する権利があります。ご署名後、この質問紙は研究代表者の研究室にある鍵付きのロッカーにて、機密情報として安全に保管されます。

以下の質問項目を注意深くお読み頂き、欄には該当するものに印 (等) を付けてください。

1. 人工内耳を付けていますか?・又はシャント手術を受けていますか?	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
2. 肩・首・頭に金属・金属破片(例:チタン製頭蓋骨プレート・ステンレス鋼動脈瘤クリップ)を付けていますか?尚、歯科において処置された詰め物は該当しません。ただし、磁石を利用したインプラントの場合は「はい」に該当します。	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
3. 肩・首・頭以外の場所に、金属がつけられていますか?金属破片やチタン製頭蓋骨プレート・ステンレス鋼動脈瘤クリップ等も含まれます。	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
4. 脳深部刺激装置や迷走神経刺激装置などの、神経刺激装置を硬膜外あるいは硬膜下に埋め込まれていますか?	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
5. 医療目的での注入(吸入)装置をつけていますか?	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
6. 心臓ペースメーカーや心臓内パイプを付けていますか?	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
7. てんかん発作や、ひきつけ、けいれんを起こしたことがありますか?なお、ふくらはぎの筋肉が収縮したことに伴う筋肉のけいれん(いわゆる、足がつる、という状態)は含みません。	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
8. 血管性・外傷性・腫瘍性・伝染性・悪性腫瘍系による脳損傷を有していますか?	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
9. 妊娠中あるいは妊娠中の可能性がありますか?	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
10. 過去 24 時間以内に、以下に示す分量以上のアルコールを飲みましたか? (例:ワイン 250ml 以上・あるいはビールジョッキ 1.5 杯)	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
11. 今日、すでにアルコールを摂取していますか?	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
12. 快楽を求めるためのドラッグを過去 24 時間以内に摂取していますか?	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
13. 他の TMS を用いた研究に、現在参加していますか?	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
14. 昨夜、ほとんど寝ていませんか?	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
15. 最近、明らかにこれまでと違うと感じるほどのストレスや疲れを感じていますか? (例:仕事の負荷量・試験・引っ越し・家庭内トラブル・などの増加)	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
16. 今日のお食事・お飲物(水分)の摂取量・摂取時間は、いつもと大きく異なっていますか?	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
17. 今までの一時間以内にコーヒー2杯以上のカフェイン類を摂取していますか?	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
18. 過去にうつ・抑うつ症状を経験したことはありますか?	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
19. 神経系の疾患にかかったことはありますか? (慢性疲労症候群/筋痛性脳脊炎、ヒト免疫不全ウイルス、重度の再発性片頭痛、睡眠障害、睡眠時無呼吸症候群、など)	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
20. 気を失ったり、気絶を経験したことはありますか?	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ

21. 神経外科にかかったり、脊髄への手術を経験したことはありますか？ (レーザーによる、視覚矯正手術は含みません)。	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
22. 重篤な頭部外傷を経験したことはありますか？(例：意識を失った後など)	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
23. 聴覚障害や耳鳴りを患っていますか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
24. 腰から上に金属類(イヤリング・ヘアピン・指輪などのアクセサリを含む)・メガネ・時計・クレジットカード・財布・携帯などを身に付けていますか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
25. 現在、処方されている薬・あるいは医師から処方されていないが用いている薬はありますか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
26. 過去に、TMS あるいは MRI を経験したことがある方にお伺いします。そのとき、何か問題はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
27. 今日の実験後、すぐに車・バイク・自転車などの車両・軽車両を運転しますか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ

本紙表面～裏面の1～27の質問項目についてよく読み・理解し、正しく回答をしました。質問の機会も与えられました。

参加者の署名: _____

日付: _____年_____月_____日

実験担当者は、各項目を説明し、参加者の理解を確認しました。

実験担当者の署名: _____

日付: _____年_____月_____日

(以下は、第三者の同席が必要な場合に記入)

実験担当者が、各項目を説明し、参加者の理解を確認していることを、私は確認しました。

第三者の署名: _____

日付: _____年_____月_____日