

## 同意文書

私は、[Epstein-Barr virus-associated hemophagocytic syndrome during treatment for ulcerative colitis: A case report] について、下記の事項について説明文書を用いて説明を受け、十分に理解し、この case report にデータ等が記載されることに同意いたします。

### 【説明を受けた事項】

- ☒ 1. はじめに case report 掲載について病院長の許可を受けている旨
- ☒ 2. 同意、撤回の自由
- ☒ 3. データに関する情報公開
- ☒ 4. 個人情報の保護
- ☒ 5. 費用について
- ☒ 6. 研究責任者について
- ☒ 7. 相談窓口について

### 【本人署名欄】

同意日： 2018 年 6 月 23 日 患者氏名 [REDACTED]  
(ID 30030181 )  
代理人氏名： [REDACTED]

### 【医師の署名欄】

私は、上記患者さんにこの case report 掲載について十分に説明いたしました。  
説明日： 2018 年 6 月 23 日 氏名 都築 義和  
埼玉医科大学病院 病院長 殿