**Consent Form for Case Reports**

**증례보고 환자 동의 양식**

**[Kawasaki Disease] 에 환자 정보가 게재되는 것에 대한 동의**

**For a patient’s consent to publication of information about them in the [Kawasaki Disease]**

논문 제목:

Manuscript title:

책임저자(Corresponding author):

논문 또는 사진에 실리는 환자 이름:

Name of person described in article or shown in photograph:

나 [ \_\_\_\_\_\_\_\_]는 위의 주제와 관련하여 본인 또는 나의 자녀 혹은 피보호자/친인척 [ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ]의 정보가 *Kawasaki Dis* 학술지에 표시되거나 또는 논문이나 발표의 목적으로 사용되는 것에 동의합니다.

I \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [insert full name] give my consent for this information about MYSELF OR MY CHILD OR WARD/MY RELATIVE [insert full name]:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, relating to the subject matter above (“the Information”) to appear in the *Kawasaki Dis*, or to be used for the purpose of a thesis or presentation.

나는 다음의 사항을 이해합니다.

I understand the following:

❏ The Information will be published without my name/child’s name/relatives name attached and every attempt will be made to ensure anonymity. I understand, however, that complete anonymity cannot be guaranteed. It is possible that somebody somewhere - perhaps, for example, somebody who looked after me/my child/relative, if I was in hospital, or a relative - may identify me.

❏ 제공된 정보는 성명(본인, 자녀, 친척)을 포함하지 않고 게시되며 익명성이 보장되도록 최대한 노력을 기울일 것입니다. 그럼에도 불구하고 익명성이 완전히 보장되지 않을 수도 있다는 사실을 이해합니다. 예를 들면, 내가 병원에 있었을 경우, 나/나의 자녀/친척을 간호했던 사람은 나를 식별할 수도 있습니다.

❏ The Information may be published in the *Kawasaki Dis* which is an online journal. Journals are aimed mainly at health care professionals but may be seen by many non-doctors, including journalists.

❏ 제공된 정보는 *Kawasaki Dis* 에 게재될 수 있으며, 이 저널은 온라인 저널입니다. 이 저널은 주로 의료 전문가를 대상으로 하지만 기자 등 비의료인도 읽어 볼 수 있습니다.

❏ The Information may be placed on a website.

❏ 제공된 정보는 웹사이트에 게시될 수 있습니다.

❏ I can withdraw my consent at any time before online publication, but once the Information has been committed to publication it will not be possible to withdraw the consent.

❏ 온라인 게재 전 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다만, 게재가 확정된 이후에는 철회가 불가능합니다.

서명: 날짜:

Signed: Date:

책임저자의 서명: 날짜:

Signature of corresponding author:

Date: