病人 罹患 疾病，為促進醫學發展，本人同意

以個案研究方式，於合法範圍內蒐集、處理、利用病人病歷及個人資料，並以醫學論文方式發表，以供醫學界參考。

本人已充分了解：

1. 此文章作者與出版雜誌社對於病人的個人資料將會謹守保密規範，這篇個案報告中將不會出現病人的姓名及其他得以辨識出個人身分的特定資料(如身分證字號、出生年月日、住址等)。然而，認識病人的人仍有可能從此篇文章內容中知道報告中的病人。
2. 本人能夠在論文發表前隨時撤回同意，但一旦該論文交付出版(印刷)，則不能撤回此同意。

病人簽名 ：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 說明人簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

病 歷 號 碼：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代理人或其他同意權人簽名(必要時)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

同意人與病人關係： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

中 華 民 國 年 月 日