

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
86 * *	手術のため術前に患者が内服していたワーファリン(抗凝固剤)を中止した。心臓外科医からは術後、可能な限り速やかに点滴でヘパリン(血液凝固阻止剤)を開始するように指示があった。心臓外科医からの依頼票による指示「ヘパリン3mliv 後、ヘパリン原液0.5持続」を「ヘパリン3mliv 後、ヘパリン原液3持続」と間違い指示を出した。その後患者のドレーンの性状がやや血性であることなどに看護師が気づきワーファリンの過剰投与が発覚した。			ヘパリン 333 血液凝固阻止剤
87 * *	ヘパリン(血液凝固阻止剤)10000単位(10ml)を24時間持続投与する指示を出す際、主治医は「ヘパリン原液4ml(4000単位)/h」の指示を出した。担当看護師は伝票の指示に疑問を持ち確認したが、医師が伝票通り投与するよう再度指示をしたためそのまま開始した。約12時間後、患者の創部からの出血が認められヘパリンの過剰投与に気付いた。			ヘパリン 333 血液凝固阻止剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
88 * *	<p>移植後の患児でIVH(中心静脈栄養)挿入(トリプルカテーテル)がされていた。当日、トリプルカテーテルの茶ルートからの注入が固めであり逆血がない状況であった。主治医へ状況を説明し、その後診察をされた。夕方頃、「IVH注入がスムーズに行くよう薬剤を使用すると医師から言われた」と母がナースステーションへ来棟した。対応した看護師は患児の担当ではなかったが、リーダーへ報告し、医師に確認した上で15分後ウロキナーゼ1万単位を注入した。その15分後担当看護師はウロキナーゼを使用したことを知らずに、夕方のヘパリン生食を注入した。患児へIVHカテーテルについて医師がどのように言っていたのか確認すると「スムーズに通る薬を使用する」と言われたと聞いた。ナースステーションへ戻りウロキナーゼを使用していたことに気付いた。その後、患児の状態・検査値への影響はなく、医師より母親へ状況を説明してもらい謝罪した。</p>	<p>スタッフ間の情報伝達・連携・連絡不十分なことが要因である。患児の家族から訴えを聞いた看護師は直接の担当ではなかったが、担当看護師が勤務終了したかどうかの確認を十分にしないまま処置を施行した。報告を受けて主治医に確認し口頭で指示を伝えたリーダーは、上記の看護師が担当看護師であると思い、処置の伝達を行った。これらのやりとりを全く知らない担当看護師は、元々の勤務時間ではない時間にヘパリン生食静脈注射の処置を行った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 夕方の事象であり、担当者の責任範囲を明確にして、連絡・判断・指示が必要であったと考える。 	<p>ヘパリンナトリウム注射液 333 血液凝固阻止剤</p>

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
89 *	エスポー750シリンジを3本交付すべきところ、グランシリンジ75を3本交付した。看護師が注射準備時に薬剤を確認し、間違いに気づき薬剤部へ連絡した。その後正規の薬剤と交換した。	両方とも冷所保存であった。形態がシリンジタイプで類似していた。外包が似ていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 監査機構の強化。冷蔵庫内の置き 場所の工夫。 ・ 薬品棚の表示を大きくし、目立つようにする。 ・ 外包のデザイン、色彩等、もっと解りやすいように工夫(メーカー側)。 	グラン75シリンジ (エスポー750シリンジ) 339 その他の血液・体液用薬 (399 他に分類されない代謝性医薬品)
90 *	連休中、薬剤師がパントシン分3をパナルジン分3と間違えて、調剤し、病棟に払い出した。受け持ちの看護師が患者に配薬時、間違いに気づき、患者には配薬されることなく、薬局へ返納、再度パントシンが処方された。2週間分の処方であり、気付かないままパナルジンが分3で配薬されていたら、出血傾向など新たな副作用が出現する可能性がある。	平日は薬剤師2名でダブルチェックすることとなっているが、休日、祭日は薬剤師1名の体制であり、ダブルチェックがされない現状がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日、祝日など薬剤師1名体制の時は、薬を取りに来た看護師とダブルチェックする。 ・ 調剤して直ぐ払い出すのではなく、しばらく時間が経過した後再度、声出して自己確認をして、ダブルチェックして払い出す。 	パナルジン (パントシン) 339 その他の血液・体液用薬 (313 ビタミン B 剤(ビタミン B1を除く。))

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
91 * *	退院処方「完全分包」(薬剤数:計14品目)において、プロスタール 2錠 1日2回 朝夕食後 14日分の朝食後の分包時、自動錠剤分包機のATC(Auto Tablet Counter)に「プロスタール錠」を入れるところへ「プレタール錠」を入れ、分包機にて分包した。患者が服用する前に転院先の病院薬剤師が分包間違いに気付き連絡があり、交換した。	錠剤分包機表示の「プロスタール」を「プレタール」と読み間違えた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ プロスタール錠はATC運用の品目だが、プレタール錠はカセット品目であり、通常はATCには入れない。 ・ 前日の当直業務の疲労も原因の一つと考えられるが、監査者も見落としており、「間違いやすい薬品のリスト」配布による情報の共有化と、再確認を実施した。 	プレタール錠 (プロスタール錠) 339 その他の血液・体液用薬 (247 卵胞ホルモン剤及び黄体ホルモン剤)
92 *	ウラリット72錠が処方されていたがグリチロン72錠を調剤した。 監査薬剤師も気付かず患者に手渡された。翌日、患者から薬剤部に電話があり発覚。その日の午後患者宅に伺い謝罪してウラリットを手渡した。患者は薬を飲んでいなかった。	ウラリットとグリチロンは隣同士に並べてあり、またウラリットのほうが処方頻度が高い。	<ul style="list-style-type: none"> ・ グリチロン、ウラリットの場合を変え、また薬剤名が目立つよう大きなラベルを貼った。 ・ 調剤する際には必ず薬品名と処方箋を照らし合わせ確認を怠らない。 	グリチロン錠 (ウラリット錠) 391 肝臓疾患用剤 (394 痛風治療剤)

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
93 *	大腸癌術後再発の患者に化学療法を施行する際、医師は抗癌剤(アイソボリン)の投与量を病院薬剤師に確認したところ、海外での投与量を報告されたため、予定の倍の量を投与してしまった。	医師は自分で文献等を確認せずに、薬剤師に聞いて誤った量を指示してしまった。薬剤師は文献で確認して報告したが、海外での投与量が記載された文献を見て報告してしまい間違いが生じてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 医師は抗癌剤の投与量を確認する際に、薬剤師とともに文献を確認して、しっかりと正確な投与量を決定、指示するようにした。 	アイソボリン注 392 解毒剤
94 * *	リザーバー(皮下埋め込み型薬剤注入システム)から投与するアイソボリンを、誤って末梢静脈より投与した。患者に変化は生じなかった。	経静脈あるいはリザーバーから、どちらでも投与が可能な薬剤であり、末梢静脈ラインもあったため、思い込みが発生した。また、手技入力「局注」と入力されていたため、はっきりと確認ができない状況であった。オーダーする医師と施行する医師は別である。	<ul style="list-style-type: none"> 施行者は出力された薬剤ラベルの手技を確認して施行する。 オーダーする者は施行する人が間違えにくいよう、手技入力は「リザーバーより投与」を選択する。 	アイソボリン注 392 解毒剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
95 * *	FOLFOX6(アイソボリン+5-FU+エルプラット)を行う時に、看護師2人でカイトリル+デカドロンを100ml/h、アイソボリン125ml/h で設定する。カイトリル+デカドロンが30分で終了し、エルプラットを接続しに行ったら、アイソボリンが100ml/h になっているのを発見する。	前日から患者がイライラしており、少しでも早く化学療法を開始しないと思っていた。1年生のショートカンファレンスを行いながらであったため、注意が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 忙しくても、重要な薬液を扱う時は落ち着いて行うようにする。 ・ ダブルチェックの方法を徹底する。 	アイソボリン注 392 解毒剤
96 * *	小児救急外来患者の家族(母)に「カロナール錠5錠」の処方間違えて「ザイロリック錠5錠」を調剤し手渡した。2週間後に患者の家族(母)から、「薬の説明書及び薬袋の薬品名と実際の薬品が違う」と連絡を受け、間違いに気付いた。「カロナール錠」は発熱時の指示であり、服用していなかった。	事務当直をしながら、一人で調剤し交付している。調剤室の電灯をすべて点灯していない。「カロナール錠」の棚内に「ザイロリック錠」が入っていた。棚は上下に並んでいる。2つの薬のPTPシート(医薬品錠剤包装容器)のデザインが似ている。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急外来患者の調剤・交付は医師・当直師長でのダブルチェックをする。 ・ 調剤は明るいところで行う。 ・ 類似薬品の棚は離す。 ・ 思い込みをなくして、最後の確認まで注意を払う。 ・ 外観が似ている薬剤として院内全体にも注意喚起する。 	ザイロリック錠 (カロナール錠) 394 痛風治療剤 (114 解熱鎮痛消炎剤)

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
97 *	退院処方、ファスティック(30mg)3錠分3、28日分のところを、ファスティック(90mg)を調剤し患者に渡していたことを、患者の指摘の電話により発見された。	2規格ある薬剤の棚に注意のシールを貼っていたので2規格あることは認識していた。2規格(30mg、90mg)を近くに配置している。調剤者と監査者で時間差でダブルチェックしているが間違いを発見できなかった。監査中に問い合わせの電話が入り業務が中断した。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤の監査者(監査中)は電話に出ない。 ・ 規格が複数ある薬剤の配置を検討する。 ・ 注意を促す表示を認識しやすいようにする。 	ファスティック錠 90 (ファスティック錠 30) 396 糖尿病用剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
98 * *	<p>退院処方でダムゼールの調剤もれがあり、監査、病棟での受領時の確認、退院指導の際にも不足が発見されず退院となった。患者は入院中の残りの薬剤を服用後、退院処方を服薬した。患者は服薬の際朝の薬が1剤足りないことに気付いたが、土日だった為悪いと思い、月曜日に外来受診し退院処方のダムゼールが調剤されていなかったことが判明した。結果的にはダムゼールが3日間内服されなかった。</p>	<p>確認不足。処方薬剤は1包化となっていたが、1包化のカセットに予めセットされている薬剤と、セットされてなくその場で入れなくてはならない薬剤があり、当該患者の処方薬は2剤追加する薬剤があった。2剤のうち1剤は追加されたが後の1剤を忘れてしまった。薬袋には各1錠4種類と記載してあったが気付かなかった。監査の際無意識であった(多忙)。退院指導を退院処方ではなく入院中の処方薬で行った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1包化の場合コンピューターに入力後、その場で入れる薬剤をしっかりと確認して入れる。 ・ 調剤、監査、受領時(病棟)、退院指導においてそれぞれが責任を持って確認を行うことの徹底。 ・ 退院指導は退院処方で行う。 ・ 薬剤の不足、薬剤について不明なことがあった場合は自分で判断せず病院に相談するよう退院指導を行う。 	<p>ダムゼール錠 396 糖尿病用剤</p>

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
99 * *	レミナロン注100mg 処方のところ500mg 調剤されたものをそのまま監査し払い出した。	監査の途中に他の調剤を行った。注射と薬剤の監査担当者が同じであった。複数規格を採用していることが明確に分かる充填場所の表示ではなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 業務の中段は出来るだけ避ける。 ・ やむ終えない場合はそのことが分かるように表示や申し継ぎを行っておく。 ・ 注射と薬剤の担当者を決めて、責任をもって業務に当たる。複数規格採用していることが明確に分かる充填場所の表示を行う。 ・ 複数規格採用薬剤の処方箋の印字を工夫する。 	レミナロン注射用 500mg (レミナロン注射用 100mg) 399 他に分類されない代謝性医薬品

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
100 * *	患者に24時間持続の生理食塩水3000ml の点滴静注と1日1回、エルシトニン、プレドニゾロンの点滴静注が指示されており、エルシトニンとプレドニゾロンは日勤帯の午前中に行われていた。注射箋にはエルシトニン、プレドニゾロンの2種類が記載されており、私が担当した日よりプレドニゾロンが中止となっていた。医師は注射箋のプレドニゾロンの下に「○/3中止」と赤字で記載していた。指示簿にはプレドニゾロンの番号のみに斜め線がひいてあった。注射箋を見て、エルシトニン、プレドニゾロン双方が中止だと思いこんでいたため、指示簿のエルシトニンの番号には斜め線がないことを見逃し、棚にエルシトニンがあるとは思わず、見に行かなかった。また他の看護師にエルシトニンが中止になっているかを確認しなかった。準夜勤務者がエルシトニンが棚に残っていることに気付き指摘を受け、施行しなければならなかったことに気付き夕方施行した。	指示の確認が一人で出来るようになった新人看護師、そのためリーダー看護師他へ確認を怠ったことが要因の一つである。また薬効や病態について理解ができていないことも要因と考えられる。また、指示においても注射伝票には中止と指示が記載されていたが、指示簿には注射薬の番号に斜線のみ引かれていたことも指示受けで混乱を起こす原因である。	<ul style="list-style-type: none"> 新人看護師で自分で判断をしていい事、相談すべき事が理解できるよう、指導する。 また、指示は見やすくわかりやすく記載する。 	エルシトニン注 399 他に分類されない代謝性医薬品

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
101 * *	<p>終末期の患者が外来でTS-1(腫瘍用薬)を内服していた。その後、腫瘍用薬を変更し、外来でのTS-1内服に代わり入院し点滴による化学療法(タキソール)を導入することになった。入院時患者はTS-1を持参したが主治医はTS-1の残量を確認しなかった。入院時病棟で持参薬継続確認の際、研修医がTS-1の続行を入力したため、入院と同時にTS-1の内服が継続された。</p>			<p>ティーエスワンカプセル</p> <p>422 代謝拮抗剤</p>

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
102 * *	<p>日勤で出勤後、当患者の指示簿を確認した。前日より、患者が抗がん剤であるジェムザールによる治療がスタートすると聞いていた。指示簿の指示は特に記載されていなかった。不思議に思って点滴指示箋を確認すると、抗がん剤の指示が出されていた。また指示された抗がん剤も病棟に上がってきており、準夜看護師により、患者名、指示日、時間が記述され準備されていた。その場にいた別の看護師と抗がん剤のダブルチェックを行った。その際、新人看護師は抗がん剤の指示箋には医師の印鑑が押されていないことを知らず、印鑑の確認をしていなかった。ダブルチェックが完了したところに病棟当番医が来られ、ダブルチェック済みであるため、そのままカクテルした。準備ができたため、患者の所へ行き「今から点滴があるので御手洗を済ませておいてください」と挨拶に行くと患者は「今日は点滴あるとは聞いてない」と言うため、おかしいと思い、主治医に確認したところ無効な指示であったことに気付いた。</p>	<p>違った指示が指示箋に挟まれていた。間違った抗がん剤のオーダーがされており、病棟に上がってきていた。指示簿と指示箋の両方に指示があるのかを確認していなかった。新人であり抗がん剤の指示の際は指示箋に医師の印鑑が押されていると確認しなければならないことを知らなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不必要な指示箋は直ぐに破棄する。指示箋と指示簿両方に共通した指示があるかを確認する。 ・ 抗がん剤の指示箋には医師の印鑑が押されているか必ず確認する。 ・ もし医師の印鑑が無かった場合は無効とし、医師に確認する。 	<p>ジェムザール注射用 422 代謝拮抗剤</p>

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
103 *	<p>抗がん剤は緊急以外は前日に薬剤を準備する。翌日使用する抗がん剤を準備する際、ドセタキセル40mg (20mg 2本)で準備するところを80mg 2本で準備をした。</p> <p>監査をする薬剤師もそのままOKを出しすり抜け、在庫確認のときに在庫の数と在庫の数が異なることで間違いが発見された。</p>	<p>抗がん剤は同じ戸棚の棚に入れている。そこから取り出し時に80mg のパッケージを2個取り出してしまっている。パッケージ(大きさ・色)は、異なるため全くの思い込みと考える。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 抗がん剤に関しては病棟、外来への払い出しまでに何度か確認がある。薬剤準備→監査→在庫確認→ミキシング前の確認(2名で)→ミキシング時→空アンプルの確認。 ・ しばらくはこのままで様子を見て、今後抗がん剤の調剤に関するインシデントが提出された場合、改善策を考える。 	<p>タキソテール注 80mg (タキソテール注 20mg)</p> <p>424 抗腫瘍性植物成分製剤</p>

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
104 * *	TJ療法(パクリタキセル、カルボプラチン併用療法)1クール目の患者に対して電子カルテでタキソールを指示したときタキソの3文字検索で間違えてタキソテールを検索し上級医の確認を得ないまま指示をしてしまった。薬剤師が監査で気づき指示間違いが発覚した。	薬剤を電子カルテで商品名検索するとタキソで誤認選択してしまう。研修医7日目で十分な知識もなく指示入力は無理であり上級医に相談せずしてしまった。プロトコールは決まっているがプロトコールを見ながら指示入力していない。抗がん剤指示入力チェックの仕組みの問題。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修医の抗がん剤処方に関してマニュアル整備する。1抗がん剤の処方は1年目研修医単独では行えない必ず上級医と共にオーダーする(上級医とは研修医3年目以上)。 ・ 処方に関してはプロトコールを参照し電子カルテに入力する。 ・ カルテに入力する際はタキソなど3文字検索は類似薬品を誤認選択するおそれがあるため禁止する。 	タキソテール注 (タキソール注) 424 抗腫瘍性植物成分製剤

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
105 * *	<p>化学療法でノバントロン(腫瘍用薬)1.2mg とキロサイド(腫瘍用薬)50mg の点滴の予定であった。研修医は投与量の変化に応じられるようノバントロン1V(バイアル)とオーダーした。上級医は注射伝票の「ノバントロン1V」という記載を「1.2mg」と手書きで修正を加えた。その後研修医と大学院生(小児科医師)がダブルチェックの上薬剤を混合したが2名とも「1.2mg」を「12mg」と見誤り投与した。注射伝票を確認していた看護師がプロトコールには「1.2mg」表記されているが、注射伝票に記載されている数字の小数点が不明なため、研修医に確認したところ過剰投与に気付いた。</p>			<p>ノバントロン注</p> <p>429 その他の腫瘍用薬</p>
106 * *	<p>カルボプラチン(開始後1日目投与)+トポテシン(腫瘍用薬)(開始後1日目、8日目、15日目投与)による化学療法施行中、主治医が誤ってコンピューター入力し、本来投与されない8日目にカルボプラチンが準備された。投与前に患者に指摘されたが、主治医と病棟当番医の事前連絡が上手くいかず投与された。</p>			<p>カルボプラチン注射液</p> <p>429 その他の腫瘍用薬</p>

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告)

	具体的内容	背景・要因	改善策	誤り又は影響を与えた医薬品名 (正しい医薬品名)
107 * *	パラプラチン50mg のところ150mg を調剤した。病棟で気が付き交換した。	複数規格のあるものには、規格に○印を付けるという「過誤防止マニュアル」は守っていたが、誤認した。	<ul style="list-style-type: none"> 抗がん剤を監査する場合患者の体重、身長等やレジメン、投与量、投与間隔確認など確認のための手順が多い。 今回この事例後に手順書を作成し手順の漏れを無くすようにした。 	パラプラチン注射液 150mg 429 その他の腫瘍用薬
108 *	本来セルテクト錠を調剤すべきを間違えて、ジルテック錠を調剤した。	オーダーリングのシステムが始まったばかりで処方箋の文字が小さくて見えなかった。皮膚科の処方でジルテックの薬が続いて、反射的に出してしまった。基本の3回確認を怠った。他薬剤師によるダブルチェックを怠った。思い込みがあった。	<ul style="list-style-type: none"> オーダーリングでの処方箋の文字を大きくする事を業者に依頼する。 思い込みをしない為に声出し、指差し確認を徹底する。 検印時の確認の強化。 基本的な3回確認の徹底。 	ジルテック錠 (セルテクト錠) 449 その他のアレルギー用薬