

どんぐり手帳

成長の記録



なまえ： _____

生年月日： 年 月 日

交付日： 年 月 日

茅野市

目 次

- ◆ はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- ◆ どんぐり手帳の使い方・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- ◆ 基本情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- ◆ 乳幼児期の成長、体質の特徴・・・・・・・・・・ 5
- ◆ 診断の記録（発作について、アレルギーについて）・・ 6
- ◆ 所属の記録・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
- ◆ 医療支援の記録・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- ◆ 保健福祉支援の記録・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
- ◆ 相談の記録・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
- ◆ どんぐり手帳提出先の記録・・・・・・・・・・・・ 17
- ◆ 自由欄・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19
- ◆ ここからはもらった資料をはさみこみましょう・・・・ 21





はじめに



～お子さんのすこやかな成長と家族の幸せのために～

茅野市では、茅野市こども・家庭応援計画（どんぐりプラン）に基づき、お子さんと家族が安心して過ごすことができるよう取り組んでいます。

お腹に赤ちゃんが宿った時から18歳までのお子さんとその家庭の子育て子育てを応援するとともに、お子さんの成長等について心配な事があった場合など、必要な支援が継続して受けられることを大切に考えています。

このどんぐり手帳「成長の記録」は、母子健康手帳とあわせてお子さんの成長の様子や健康状態を記録していただくものです。健診の時や医療機関を受診する時などに活用していただくことや保育園等入所の時、小学校・中学校等入学の時の家庭調査票の記入の際に参考にさせていただくことができます。また、自然災害時や子育てについて悩みや不安を感じた時、この手帳にメモをして、健診や相談窓口をご利用の際に持参してご活用いただければと考えています。

お子さんの成長とともに、保育園、小学校、中学校、高等学校等関係機関が変わっていく中で、お子さんのことで相談される場合など、この手帳を活用していただくとお子さんの様子について伝えやすくなります。

このどんぐり手帳には、大切な記録が家族みんなの手で綴られていきます。お子さんが成人した時などに、お子さんへ渡してあげていただきたいと思います。

どんぐり手帳の使い方

○この手帳は、日々のお子さんの様子や発達の状況、健診、医療機関の受診、支援機関を利用した時の記録として、また、日々の子育てで心配な事、困った事等を書き留めておいて、相談機関等で活用してください。

○健診、医療機関の受診をはじめ、保育園、学校での個別懇談の時などにも母子健康手帳と一緒に持参して活用しましょう。また、自然災害が発生し、避難所などで過ごす場合にも持参して活用しましょう。

○手帳には、お子さんの大切な情報が蓄積されていきますので、大切に記録・保管していきましょう。成人してからも使える情報もあります。

○必要な情報や資料等、綴じ込んで利用しましょう。（P21参照）

○この用紙は、茅野市こども課、各保健福祉サービスセンター、健康管理センター、地域福祉課に用意してあります。

なお、市のホームページ(<https://www.city.chino.lg.jp>)から様式をダウンロードできますので、ご利用ください。

《保護者の方へ》

○記入方法、内容がわからないときは、お気軽にご相談ください。

○この手帳を関係機関に渡した場合は、使い道を確認し、どんぐり手帳提出先の記録（P17～）へ記録をお願いしてください。

《関係機関の方へ》

○この手帳の情報利用につきましては、必ず保護者のご承諾を得ていただき、取り扱いには十分注意していただきますようお願いします。

○手帳をコピーしたり、預かったりした際には「どんぐり手帳提出先の記録」（P17～）への記録をお願いいたします。



成長の記録は いろいろな場面で役立ちます！
病院受診、各種機関や園、学校での相談などの時に持っていきましょう！

入園、入学、他様々な
手続きの際、書類が書
きやすい！

入園、入学などの時
子どものことを
伝えやすい！

アドバイスしてもらっ
たことを振り返ること
ができる！

子どもの成長や得意なこと
苦手なことがわかる！

災害避難時など
支えてもらえる！

大人になってから、
履歴書の記入など、
進学や就職時に役立
つことも！

【問い合わせ先】

茅野市役所 こども課内 こども・家庭総合支援拠点「育ちあいちの」

茅野市塚原二丁目6番1号 Tel.0266-72-2101（内線 615・616・618）



長野県が発行する支援手帳もあります

- 「個別支援手帳」
(長野県障害児療育・保育・教育支援研究会 発行)

ホームページ『長野県 個別支援手帳』で検索
(購入になります)



- 「わたしの成長・発達手帳」
(長野県 発行)

ホームページ『わたしの成長・発達手帳』で検索
(ダウンロードできます)





* 基本情報 *

ふりがな		記入開始日		年	月	日	
氏名		愛称 (いつも呼ばれている呼び名)	生年月日		年	月	日
血液型 A・B・O・AB (RH +・-)			平熱		℃		
住 所	〒391-			電話番号			

家族氏名	続柄	生年月日	同居・別居	住所 *児と異なる場合記入
		年 月 日	同居・別居	
		年 月 日	同居・別居	
		年 月 日	同居・別居	
		年 月 日	同居・別居	
		年 月 日	同居・別居	

緊急連絡先

* 日中連絡がとりやすい番号を記入しておきましょう。

	氏名	続柄	連絡先	勤務先
1			携帯 自宅	勤務先 電話
2			携帯 自宅	勤務先 電話
3			携帯 自宅	勤務先 電話

乳幼児期の成長

首すわり	歳 か月	ママ、わんわんなど意味のある言葉を話す	歳 か月
寝返り	歳 か月	2語文で話す	歳 か月
お座り	歳 か月	1人でおしっこに行ける	歳 か月
ハイハイ	歳 か月	1人で便に行ける	歳 か月
歩き始め	歳 か月	* * * *	* *
その他	記入欄		

体質の特徴 (☑ をつけましょう)

- かぜをひきやすい かぶれやすい (部位 _____)
 下痢をしやすい 便秘しやすい よく吐く
 関節が抜けやすい (部位 _____)
 こだわりや好き嫌いがある (視覚・聴覚・触覚、味覚、臭覚・その他 _____)

診断の記録

* 診断された時に記入してください。

診断日	診断名	医療機関	医師名	お薬	備考
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
飲んではいけない薬		なし・あり (薬名)			
アレルギー *詳細はP9~		なし・あり (アレルギー物質)			

♥発作について

(アナフィラキシー・けいれん・てんかんなど発作のある方は記入しましょう)

記入日 年 月

*発作の内容が変わりましたら、その都度書きかえましょう。

発作の原因・病名	
発作の症状	
発作が出た時の対応	
医師の診断	有（ 病院 先生）・ 無

記入日 年 月

*発作の内容が変わりましたら、その都度書きかえましょう。

発作の原因・病名	
発作の症状	
発作が出た時の対応	
医師の診断	有（ 病院 先生）・ 無

記入日 年 月

*発作の内容が変わりましたら、その都度書きかえましょう。

発作の原因・病名	
発作の症状	
発作が出た時の対応	
医師の診断	有（ 病院 先生）・ 無

♥発作について

(アナフィラキシー・けいれん・てんかんなど発作のある方は記入しましょう)

記入日 年 月

*発作の内容が変わりましたら、その都度書きかえましょう。

発作の原因・病名	
発作の症状	
発作が出た時の対応	
医師の診断	有（ 病院 先生）・ 無

記入日 年 月

*発作の内容が変わりましたら、その都度書きかえましょう。

発作の原因・病名	
発作の症状	
発作が出た時の対応	
医師の診断	有（ 病院 先生）・ 無

記入日 年 月

*発作の内容が変わりましたら、その都度書きかえましょう。

発作の原因・病名	
発作の症状	
発作が出た時の対応	
医師の診断	有（ 病院 先生）・ 無

♥アレルギーについて（アレルギーのある方は記入しましょう）

記入日 年 月 *アレルギーの有無や内容が変わりましたら、その都度書きかえましょう。

原因物質	食 物 () くすり () その他 ()
アフィキチ-原因物質	有 () ・ 無
症 状	
アフィキチ-症状	
対処法	
症状が出た時の対応	
医師の診断	有 () 病院 先生) ・ 無

記入日 年 月 *アレルギーの有無や内容が変わりましたら、その都度書きかえましょう。

原因物質	食 物 () くすり () その他 ()
アフィキチ-原因物質	有 () ・ 無
症 状	
アフィキチ-症状	
対処法	
症状が出た時の対応	
医師の診断	有 () 病院 先生) ・ 無

♡アレルギーについて（アレルギーのある方は記入しましょう）

記入日 年 月 *アレルギーの有無や内容が変わりましたら、その都度書きかえましょう。

原因物質	食 物 () くすり () その他 ()
アフィキチ-原因物質	有 () ・ 無
症 状	
アフィキチ-症状	
対処法	
症状が出た時の対応	
医師の診断	有 (病院 先生) ・ 無

記入日 年 月 *アレルギーの有無や内容が変わりましたら、その都度書きかえましょう。

原因物質	食 物 () くすり () その他 ()
アフィキチ-原因物質	有 () ・ 無
症 状	
アフィキチ-症状	
対処法	
症状が出た時の対応	
医師の診断	有 (病院 先生) ・ 無

所属の記録（通園先・保育園・学校・勤務先 など）**（記入例）**

2021年（年少）	〇〇保育園 〇〇先生
2024年（小1）	△△小学校1年3組（◎◎先生） ・ □□支援級（●●先生）
2036年（18歳）	××事業所 〇〇部

（記入欄）

年齢	所属機関（クラス・担任・事業所や部署 など）
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	
年（ ）	

保健福祉支援の記録

(支援やサービスを受けている保健・福祉機関、事業所など)

(記入例)

期間	支援機関(支援場所)	特性・エピソード
2025年5月 ～2026年3月	ことばの教室(◇◇小学校)	吃音あり
2026年8月 ～2029年3月	放課後等デイサービス(△事業所)	週4日利用 友達と遊ぶことが楽しくできる。 自分の気持ちを表現することが苦手

(記入欄)

期間	支援機関(支援場所)	特性・エピソード
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		

配慮してほしいこと・伝えておきたいことなど



♡入園にあたって

A large, empty rounded rectangular box for writing notes related to kindergarten enrollment.

♡小学校入学にあたって

A large, empty rounded rectangular box for writing notes related to elementary school enrollment.

♡中学校入学にあたって

A large, empty rounded rectangular box for writing notes related to middle school enrollment.

相談の記録 (健診や相談機関で相談したこと、教育相談、支援会議 など)

相談日	年 月 日 ()	医療・相談機関	
年齢	歳 か月	担当(出席)者	
相談したいこと			
お子さんの良いところ、ほめたいこと			
アドバイス (心理、ST、PT 等)			

相談の記録 (健診や相談機関で相談したこと、教育相談、支援会議 など)

相談日	年 月 日 ()	医療・相談機関	
年齢	歳 か月	担当(出席)者	
相談したいこと			
お子さんの良いところ、ほめたいこと			
アドバイス(心理、ST、PT等)			

とんぐい手帳 提出先の記録

年月日	提出先(担当者) 目的	該当 ページ	提出方法	返却日
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	

とんぐい手帳 提出先の記録

年月日	提出先(担当者) 目的	該当 ページ	提出方法	返却日
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	
			<ul style="list-style-type: none"> • コピーして提出 • 原本を貸し出し • その他 	

♪自由欄♪



A series of horizontal dashed lines for writing.

♪自由欄♪



A series of 18 horizontal dashed lines for writing.



ここからはもらった資料を はさみこみましょう

〈はさみこむものの例〉

医療機関（診断書、訓練の記録など）・園・学校などでもらったもの・検査の結果 など

診断書

氏名 _____

住所 _____

生年月日 _____ 年 月 日生 () 歳

病名 _____

症状 _____

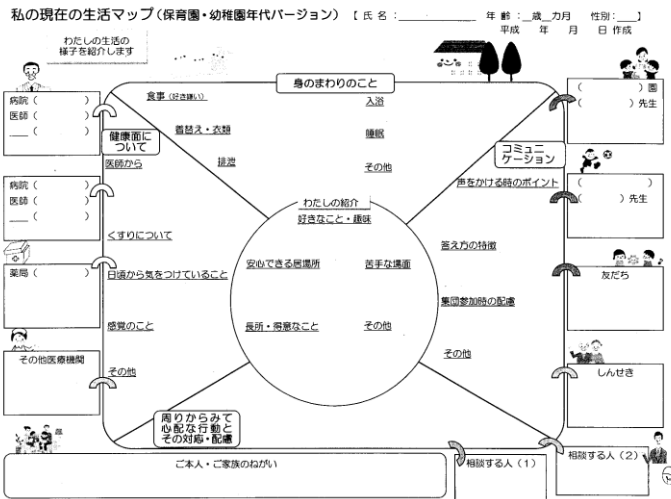
病状説明書

年月日 _____

患者様お名前 _____ 様

園での訓練・相談 氏名 _____

言語訓練	機能訓練	作業訓練	健康診断	心理相談



シート2 平成 ____年度 個別の教育支援計画シート

初回記入者名: _____ 初回記入日: 平成 ____年 ____月 ____日

立	園・学校	年 組	校長名	担任名
ふりがな	氏名	(男・女)	生年月日: 平成 ____年 ____月 ____日	
保護者名	電話	緊急連絡先		
住所: 〒 _____	市 町			
将来に向けての願い (○), 現在の生活の願い (△)				
本人の願い		保護者の願い		
支援目標 (長期: ○, 短期: △)				

検査結果報告書

報告日 ○年○月○日

受検者 氏 名: ○○○○さん 検査年月日: ○年○月○日

生年月日: ○年○月○日 検査者: ○○○○

生活年齢: ○歳○ヵ月 資 格: ○○○○

学校等: ○○○学校・○年 所 属: ○○○○

【相談内容(主訴)】

【検査時の様子】

【学校での様子・困難さなど】

【検査結果】

サービスの決定通知・計画・会議資料 など

様

通所給付費給付決定通知書兼
利用者負担額減額・免除等決定通知書

令和3年2月24日に申請のありました通所給付費の支給及び利用者負担額減額・免除等について、児童福祉法第21条の5の3及び第21条の5の7の規定に基づき下記のとおり決定したので、受給者証を交付し通知します。

記

受給者証番号	000	通所給付費決定に係る氏名	
給付決定年月日	3	給付決定に係る氏名	
利用者負担上限月額	0円	左の上限月額を超過する	
多子軽減対象		無償化対象期間	3

様

児童相談支援給付費支給（却下）通知書

児童相談支援給付費の支給について、下記のとおり通知します。

記

障害福祉サービス受給者証番号		地域相談支援者番号	
通所受給者証番号	000	申請に係る児童氏名	
申請者氏名			

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)

利用者氏名(児童氏名)	障害程度区分	相談支援事業者名									
保護者氏名	本人との続柄	計画作成担当者									
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	利用者同意署名欄									
計画作成日	モニタリング実施日										
希望する生活(利用者およびその家族の生活に対する意向)		全体の状況									
総合的な援助の方針											
優先順位	本人のニーズ(解決すべき課題)	支援目標	達成時期	サービス提供状況(事業前からの継続状況)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度(ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法	計画策定の必要性	サービス提供状況(計画期間の変更)	計画期間の変更	その他留意事項

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)	障害程度区分	相談支援事業者名					
保護者氏名	本人との続柄	計画作成担当者					
障害福祉サービス受給者証番号	通所受給者証番号	利用者同意署名欄					
地域相談支援受給者証番号	通所受給者証番号						
計画案作成日	モニタリング期間(開始年月)						
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)							
総合的な援助の方針							
長期目標							
短期目標							
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
1				児童発達支援事業			

県様式第35号(4)

日常生活の状況について

特別児童扶養手当 精神障がい・知的障がい用

市町村名	児童氏名
生年月日 年 月 日	年齢 歳
記入者氏名	児童との続柄

特別児童扶養手当の認定資料となりますので、以下の事項について該当箇所には○印又は記入をしてください。

1 食事・衣類の着脱など、身の回りのことについて	その他特記事項
ほとんど自分でできる	
大体自分でできる	
部分的に自分でできる(具体的に右欄へ記入)	
自分ではほとんどできない	
2 会話について	その他特記事項
日常会話に不自由はしない	
日常会話は、ある程度できる	
言葉が少なく、意思表示は身ぶりなどで示す	
会話はほとんどできない	
3 日常生活の注意度について	その他特記事項
常に厳重な注意を必要とする(1人にするのができない)	
比較的厳重な注意を必要とする(わずかの間なら1人にするのができる)	
随時一応の注意を必要とする(しばらくの間なら1人にするのができる)	
ほとんど注意する必要はない(ほとんどの間1人にするのができる)	

申請書類などのコピー

(同じようなものを何回

も書く場合にコピーを

とっておくと便利です)

どんぐり手帳

平成 23 年 (2011 年) 6 月 27 日	初版第	1 刷発行
平成 23 年 (2011 年) 11 月	第	2 刷発行
平成 24 年 (2012 年) 9 月	第	3 刷発行
平成 25 年 (2013 年) 6 月	第	4 刷発行
平成 26 年 (2014 年) 6 月	第	5 刷発行
平成 27 年 (2015 年) 6 月	第	6 刷発行
平成 28 年 (2016 年) 6 月	第	7 刷発行
平成 29 年 (2017 年) 6 月	第	8 刷発行
平成 30 年 (2018 年) 6 月	第	9 刷発行
令和 元年 (2019 年) 6 月	第 10	刷発行
令和 2 年 (2020 年) 6 月	第 1 1	刷発行
令和 3 年 (2021 年) 9 月	第 1 2	刷発行
令和 5 年 (2023 年) 5 月	第 1 3	刷発行

企画・編集 どんぐり手帳活用推進委員会

発行 茅野市教育委員会 こども部 こども課

〒391-8501

茅野市塚原二丁目6番1号

TEL0266-72-2101 (内線 615・616・618)

