



HÄLSOFRÅGOR I ÅRSKURS 4

Namn:		Personnummer:		
<i>Detta fyller skolsköterskan i:</i>				
Datum:	Längd:	(cm)	Vikt:	(kg)

Svaren på hälsofrågorna används i hälsosamtalet med skolsköterskan.
Sätt ett kryss i rutan som passar bäst in på dig.

SKOLMILJÖ					
	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dålig/dåliga	Dålig/dåliga	Mycket dålig/dåliga
1. Jag tycker att					
a. klassrummen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. toaletterna är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. skolgården är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. matsalen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. idrottshallen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. duscharna är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Varje skoldag	3-4 skoldagar/vecka	1-2 skoldagar/vecka	Aldrig
2. Jag har arbetsro på lektionerna		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag kan koncentrera mig på lektionerna		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag hinner med mitt skolarbete		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag känner mig trygg i skolan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har du blivit retad, utstött eller på annat sätt illa behandlad de senaste <u>tre månaderna</u>				Nej	Ja
			a. på skoltid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			b. på fritid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dåligt	Dåligt	Mycket dåligt
7. Jag trivs i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MATVANOR OCH TANDBORSTVANOR

	Varje skoldag	3-4 skoldagar i veckan	1-2 skoldagar i veckan	Aldrig
8.				
a. Jag äter frukost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jag äter lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jag äter middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	2 gånger/dag eller oftare	1 gång/dag	Några gånger/vecka	1 gång/vecka eller mer sällan
9.				
a. Jag äter frukt eller bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jag äter grönsaker eller rotfrukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jag dricker läsk, saft, iste, energidryck, sötat te eller sötat kaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	2 gånger/dag eller oftare	1 gång/dag	Sällan
10. Jag borstar tänderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FYSISK AKTIVITET OCH FRITID

	Går eller cyklar	Rör mig på annat sätt	Åker buss eller skolskjuts	Blir skjutsad av förälder eller annan
11. Jag tar mig <u>till och från</u> skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Alltid	Varannan gång	Någon gång i månaden	Aldrig
12. Jag deltar på <u>lektionerna</u> i Idrott och hälsa så att jag blir andfådd och/eller varm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	7 dagar/vecka	5-6 dagar/vecka	3-4 dagar/vecka	1-2 dagar/vecka	Någon gång/månad	Aldrig
13. På min <u>fritid</u> rör jag på mig/idrottar jag så att jag blir andfådd och/eller varm T.ex. <i>utelek, bollsport, simning, dans, snabb promenad, cykla och springa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dåligt	Dåligt	Mycket dåligt
14. Jag mår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Det stämmer mycket bra	Det stämmer bra	Det stämmer varken bra eller dåligt	Det stämmer dåligt	Det stämmer mycket dåligt
15. Jag ser positivt på framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Jag har de senaste <u>tre</u> <u>månaderna</u> haft besvär med	Aldrig	Mindre än 1 gång per vecka	Ca 1 gång per vecka	Flera gånger per vecka	Varje dag
a. huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. värk i rygg/nacke/axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Jag har de senaste <u>tre</u> <u>månaderna</u> känt mig	Aldrig	Mindre än 1 gång per vecka	Ca 1 gång per vecka	Flera gånger per vecka	Varje dag
a. ledsen eller nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. orolig eller rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Vem bor du tillsammans med?	Båda föräldrarna som bor tillsammans	Växelsvis boende hos föräldrarna	Enbart mamma	Enbart pappa	Annan person
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Jag har någon vuxen att prata med om det som är viktigt för mig	Ja	Nej
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Jag har någon kompis att prata med om det som är viktigt för mig	Ja	Nej
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Alla har rätt att bestämma över sin egen kropp. Har du varit med om att någon gjort något mot dig som inte kändes bra?	Nej	Ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dåligt	Dåligt	Mycket dåligt
22. Jag sover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. När brukar du somna när du ska till skolan nästa dag?

- 20:00 eller tidigare
- 20:30
- 21:00
- 21:30
- 22:00
- 22:30
- 23:00
- 23:30
- 24:00 eller senare

24. När brukar du vakna på morgonen när du ska till skolan?

- 05:00 eller tidigare
- 05:30
- 06:00
- 06:30
- 07:00
- 07:30
- 08:00 eller senare

TOBAK OCH ALKOHOL

	Nej	Ja
25. Är du orolig för att någon du bryr dig om dricker för mycket alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Röker någon inomhus där du bor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Under hälsosamtalet finns möjlighet att prata om din kropp, till exempel hur du har vuxit. Har du några frågor om din hälsa eller har något att berätta om hur du mår?