



HÄLSOFRÅGOR I ÅRSKURS 7 ELLER I ÅRSKURS 8

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					
Jag tycker att	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dålig/dåliga	Dålig/dåliga	Mycket dålig/dåliga
1. klassrummen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. toaletterna är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. skolgården är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. matsalen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. idrottshallen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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
7. Jag har arbetsro på lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag kan koncentrera mig på lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jag hinner med mitt skolarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jag känner mig trygg i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du blivit retad, utstött eller på annat sätt illa behandlad de senaste tre månaderna				Nej	Ja
11.			på skoltid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.			på fritid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dåligt	Dåligt	Mycket dåligt
13. 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
14.	Jag äter frukost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Jag äter lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	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
17.	Jag äter frukt eller bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Jag äter grönsaker eller rotfrukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	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
20.	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
21.	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
22.	Jag deltar aktivt på <u>lektionerna</u> i Idrott och hälsa	<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
23.	På min <u>fritid</u> rör jag på mig/idrottar jag så att jag blir andfådd och/eller varm T.ex. <i>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
24.	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
25.	Jag ser positivt på framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Jag känner att jag kan vara med och bestämma över mitt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jag har de senaste <u>tre</u> <u>månaderna</u> haft besvär med		Aldrig	Någon gång mer månad	Ca 1 gång per vecka	Flera gånger per vecka	Varje dag
27.	huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	värk i rygg/nacke/axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jag har de senaste <u>tre</u> <u>månaderna</u> känt mig		Aldrig	Någon gång mer månad	Ca 1 gång per vecka	Flera gånger per vecka	Varje dag
30.	ledsen eller nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	orolig eller rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Aldrig	Några gånger per år	Några gånger per månad	Några gånger per vecka	Varje dag
34.	Jag använder värktabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

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

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

39. 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

40. 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

41. Hur många timmar sover du vanligtvis per natt när du ska till skolan?

6 timmar eller mindre	7 timmar	8 timmar	9 timmar	10 timmar	11 timmar eller mer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOBAK, ALKOHOL OCH NARKOTIKA

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

TOBAK, ALKOHOL OCH NARKOTIKA						
		Nej	Har provat	Har slutat	Ja, då och då	Ja, varje dag
44.	Har du rökt cigaretter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Har du snusat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nej	Har provat	Någon/några gånger per år	Någon/några gånger per månad	Någon/några gånger per vecka
46.	Har du druckit alkohol? <i>Till exempel folköl, starköl, starkcider, vin, alkoholisk eller sprit.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Bestämt nej	Troligen nej	Kanske ja	Ja	
47.	Om jag blir erbjuden narkotika säger jag <i>Till exempel hasch, marijuana eller narkotikaklassade tabletter.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Under hälsosamtalet finns möjlighet att prata om din kropp eller om hur du mår. Du kan ta upp frågor som rör dina känslor, relationer, sex och preventivmedel.