



## 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					
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"/>
8. Jag kan koncentrera mig på lektionerna		<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"/>
10. Jag känner mig trygg i skolan		<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>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
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"/>

Jag har de senaste <u>tre</u> <u>månaderna</u> haft besvär med		Aldrig	Någon gång per månad	Ca 1 gång per vecka	Flera gånger per vecka	Varje dag
26.	huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	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 per månad	Ca 1 gång per vecka	Flera gånger per vecka	Varje dag
29.	ledsen eller nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	orolig eller rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

		Nej	Ja
36.	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"/>

## FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

37.	Jag sover	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dåligt	Dåligt	Mycket dåligt
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	När brukar du somna när du ska till skolan nästa dag?					
	<input type="checkbox"/> 20:00 eller tidigare					
	<input type="checkbox"/> 20:30					
	<input type="checkbox"/> 21:00					
	<input type="checkbox"/> 21:30					
	<input type="checkbox"/> 22:00					
	<input type="checkbox"/> 22:30					
	<input type="checkbox"/> 23:00					
	<input type="checkbox"/> 23:30					
	<input type="checkbox"/> 24:00 eller senare					
39.	När brukar du vakna på morgonen när du ska till skolan?					
	<input type="checkbox"/> 05:00 eller tidigare					
	<input type="checkbox"/> 05:30					
	<input type="checkbox"/> 06:00					
	<input type="checkbox"/> 06:30					
	<input type="checkbox"/> 07:00					
	<input type="checkbox"/> 07:30					
	<input type="checkbox"/> 08:00 eller senare					
40.	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 OCH ALKOHOL

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