



## HÄLSOFRÅGOR I ÅRSKURS 4

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Detta fyller skolsköterskan i:

Datum för hälsosamtalet:	Längd: _____ cm	Vikt: _____ kg
--------------------------	-----------------	----------------

Sätt ett kryss i rutan som passar in på dig

### TRIVSEL PÅ SKOLAN

1. Jag tycker att...

	mycket bra	bra	varken bra eller dålig/a	dålig/a	mycket dålig/a
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. idrottshallen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. duscharna är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. matsalen/matplatsen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jag har...

	alltid	ofta	ibland	sällan	aldrig
a. arbetsro på lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. någon att vara med på skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. något att göra på rasterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Jag trivs i skolan

	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"/>

### MINA VANOR

4. På min fritid deltar jag i någon fritidsaktivitet ja  nej

5. Jag rör på mig så jag blir varm (t.ex. lek, snabb promenad, bollsport, dans, simning, cykla eller springa)

7 dagar i veckan	5-6 dagar i veckan	3-4 dagar i veckan	1-2 dagar i veckan	mindre än 1 gång i veckan	aldrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Av dessa dagar rör jag på mig sammanlagt minst en timme så jag blir andfådd och/eller varm

7 dagar i veckan	5-6 dagar i veckan	3-4 dagar i veckan	1-2 dagar i veckan	mindre än 1 gång i veckan	aldrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Jag tar mig oftast till och från skolan

går  cyklar, med sparkcykel eller skateboard  med buss, skolskjuts  blir skjutsad, åker bil

8. Här kommer en fråga om fysisk aktivitet och inaktivitet.

Toppen på stegen (10) motsvarar en person som rör sig mycket och botten (0) motsvarar en person som ofta sitter stilla och inte rör sig så mycket.

Kryssa i rutan på stegen vid det nummer som bäst passar in på dig.



9. Jag äter...  
a. frukost  varje skoldag  3-4 skoldagar i veckan  1-2 skoldagar i veckan  aldrig   
b. lunch       
c. middag

10. Jag äter...  
a. grönsaker och/eller rotfrukter  två gånger per dag eller oftare  en gång per dag  några gånger i veckan  en gång i veckan eller mer sällan   
b. frukt och/eller bär

11. Jag dricker läsk, saft, energidryck, sötat te eller sötat kaffe  aldrig  mindre än en gång i veckan  1-2 dagar i veckan  3-4 dagar i veckan  dagligen

12. Röker någon inomhus där du bor?  nej  ja

## KROPPEN & KNOPPEN

13. Jag mår  mycket bra  bra  varken bra eller dåligt  dåligt  mycket dåligt   
14. Jag sover

- |   | aldrig                   | mindre än 1 gång i veckan       | 1 gång i veckan                       | flera gånger i veckan           | varje dag   |
|---|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---|
| 15. Jag har de tre senaste månaderna haft besvärande ...  |                          |                                 |                                       |                                 |   |
| 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 eller axlar   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>                            |
| 16. Jag har de tre senaste månaderna känt mig ledsen eller nedstämd   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>                            |
| 17. Jag är orolig för någon i min omgivning   |                          |                                 |                                       | nej<br><input type="checkbox"/> | ja<br><input type="checkbox"/>                      |
| 18. Jag har någon vuxen att prata med om det som är viktigt för mig   |                          |                                 |                                       | ja<br><input type="checkbox"/>  | nej<br><input type="checkbox"/>                     |
| 19. Har du eller någon annan blivit retad, utstött eller på annat sätt illa behandlad de tre senaste månaderna...   |                          | nej                             | ja, via internet eller sociala medier | ja, på annat sätt               |   |
| a. av andra elever i skolan   |                          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>        |   |
| b. av vuxna i skolan  |                          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>        |   |
| 20. 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<br><input type="checkbox"/> | ja<br><input type="checkbox"/>                      |
| 21. Alla har rätt att själv få bestämma vilken könsidentitet en har. Jag ser mig som och identifierar mig med   |                          | hon<br><input type="checkbox"/> | hen<br><input type="checkbox"/>       | han<br><input type="checkbox"/> | kan eller vill ej uppge<br><input type="checkbox"/> |
| 22. Vid samtalet finns det möjlighet att prata om din hälsa, känslor, vänskap, kroppen eller annat vad gäller dig. Vill du ta upp något under samtalet? Skriv gärna nedan om du vill. |                          |                                 |                                       | ja<br><input type="checkbox"/>  | nej<br><input type="checkbox"/>                     |

---



---

23. Om du tänker på hur du har det... Den här är bilden av en stega. Toppen på stegen (10) motsvarar det bästa liv du kan tänka dig och botten (0) det sämsta liv du kan tänka dig. Om du tänker på ditt liv i största allmänhet, var tycker du att du står just nu? Kryssa i rutan på stegen vid det nummer som bäst passar in på dig.

10	
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	

## FRAMTIDEN

24. Så här tänker jag att min framtid som vuxen ska bli. Skriv gärna nedan.

---

---

---

---

Tack för dina svar!