

Namn och personnummer:

Denna ruta fyller skolsköterskan i:

Datum för hälsosamtalet:	Skola/klass:
Längd:.....cm	Vikt:.....kg
Syn: Hö: Vä:	Rygg:

ARBETSMILJÖ

Jag tycker att...

Sätt ett kryss i rutan som passar in på dig!



mycket bra

bra

varken bra
eller dålig/a

dålig/a

mycket dålig/a

- | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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. idrottshallen är | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. duscharna är | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. matsalen är | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Jag har arbetsro i skolan, jag kan arbeta utan att bli störd

- alltid ofta ibland sällan aldrig

8. Jag kan koncentrera mig i skolan

- alltid ofta ibland sällan aldrig

9. Jag har kompisar på skolan

- alltid ofta ibland sällan aldrig

10. Om du tänker på de senaste tre månaderna – har det varit någon kränkning, illabehandling eller utanförskap på skolan?

- nej ja

11. Vet du vem du ska vända dig till på skolan vid upptäckt eller upplevelse av kränkningar?

- ja nej

12. Jag känner mig trygg i skolan

ja nej

Om "nej", beskriv _____

13. Om du tänker på de senaste sju dagarna, hur trivs du i skolan?*



mycket bra bra varken bra eller dåligt dåligt mycket dåligt

MATVANOR

Om du tänker på de senaste sju dagarna, hur ofta har du ätit

14. frukost* varje dag 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar ingen dag
15. lunch varje dag 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar ingen dag
16. middag varje dag 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar ingen dag

17. Jag äter frukt och/eller bär

varje dag 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar ingen dag

18. Jag äter grönsaker och/eller rotfrukter

varje dag 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar ingen dag

19. Jag dricker juice, oboy, läsk, saft, energidryck, sötat te eller sötat kaffe

ingen dag 1-2 dagar 3-4 dagar 5-6 dagar varje dag

20. Jag äter godis, kakor, bullar, chips eller andra snacks

ingen dag 1-2 dagar 3-4 dagar 5-6 dagar varje dag

FYSISK AKTIVITET

21. Jag är med när vi klättrar, springer, hoppar eller spelar bollspel i skolan

alltid ofta ibland sällan aldrig

22. På min fritid leker jag och rör på mig så att jag blir andfådd och varm

5-7 dagar i veckan 3-4 dagar i veckan 1-2 dagar i veckan
 mindre än 1 dag i veckan aldrig

23. På min fritid sitter jag still framför tv/dator eller med surfplatta/mobil

- 2 timmar eller mindre/dag 3-4 timmar/dag 5-6 timmar/dag mer än 6 timmar/dag

24. Hur kommer du oftast till skolan (möjligt att välja flera svarsalternativ)?

- går cyklar/sparkcykel/skateboard buss/skolskjuts skjutsad av förälder eller annan

25. 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.

Jag rör mig mycket

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

Jag rör mig inte så mycket

FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

26. Jag mår...



- mycket bra bra varken bra eller dåligt dåligt mycket dåligt

Jag har de senaste tre månaderna haft besvärande

- | | aldrig | sällan | ibland | ofta | alltid |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| 30. värk i armar/ben/knän | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jag har de senaste tre månaderna känt mig

	aldrig	sällan	ibland	ofta	alltid
31. ledsen eller nedstämd*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. orolig eller rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. irriterad eller på dåligt humör*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Känner du dig oroad eller bekymrad för någon i din omgivning, till exempel vän eller familj?*

nej ja

35. Jag har de senaste sju dagarna sovit*

mycket bra bra varken bra eller dåligt dåligt mycket dåligt

36. Röker någon inomhus där du bor?

nej ja

FRÅGOR OM KROPPEN

37. 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

38. Har du och dina föräldrar några frågor om kroppen eller något att berätta om din hälsa?

ja nej

Om "ja", skriv gärna här _____

MITT LIV NU

39. Om du tänker på hur du har det... Det 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 på det nummer som stämmer bäst in på dig.

10	Bästa tänkbara liv
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	Sämsta tänkbara liv