

Namn och personnummer:

Denna ruta fyller skolsköterskan i:

Datum för hälsosamtalet:

Skola/klass:

Längd:.....cm

Vikt:.....kg

Syn:

ARBETSMILJÖ

1. 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

- a) klassrummen är
b) toaletterna är
c) skolgården är
d) idrottshallen är
e) duscharna är
f) matsalen är

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

- alltid ofta ibland sällan aldrig

3. Jag kan koncentrera mig i skolan

- alltid ofta ibland sällan aldrig

4. Jag har kompisar på skolan

- alltid ofta ibland sällan aldrig

5a. Känner du till om det har förekommit kränkning, utanförskap eller illabehandling på skolan de senaste tre månaderna?

- nej ja

5b. Vet du vem du ska vända dig till på skolan vid upptäckt eller upplevelse av kränkningar?

- ja nej

6. Jag känner mig trygg i skolan

ja nej

Om "nej", beskriv _____

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



mycket bra bra varken bra eller dåligt dåligt mycket dåligt

MATVANOR

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

- | | | | | | |
|-------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| a. frukost* | <input type="checkbox"/> varje dag | <input type="checkbox"/> 5-6 dagar | <input type="checkbox"/> 3-4 dagar | <input type="checkbox"/> 1-2 dagar | <input type="checkbox"/> ingen dag |
| b. lunch | <input type="checkbox"/> varje dag | <input type="checkbox"/> 5-6 dagar | <input type="checkbox"/> 3-4 dagar | <input type="checkbox"/> 1-2 dagar | <input type="checkbox"/> ingen dag |
| c. middag | <input type="checkbox"/> varje dag | <input type="checkbox"/> 5-6 dagar | <input type="checkbox"/> 3-4 dagar | <input type="checkbox"/> 1-2 dagar | <input type="checkbox"/> ingen dag |

9a. Jag äter frukt och/eller bär

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

9b. Jag äter grönsaker och/eller rotfrukter

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

9c. Jag dricker läsk, saft, energidryck, sötat te eller sötat kaffe

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

9d. Jag äter godis, kakor, bullar, chips eller andra snacks

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

FYSISK AKTIVITET

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

alltid ofta ibland sällan aldrig

11. 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

12. 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

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

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

14. 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

15. Jag mår...



- mycket bra bra varken bra eller dåligt dåligt mycket dåligt

16. Jag har de senaste tre månaderna haft besvärande

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

17. Jag har de senaste tre månaderna känt mig

	aldrig	sällan	ibland	ofta	alltid
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. Känner du dig oroad eller bekymrad för någon i din omgivning, till exempel vän eller familj?*

nej ja

19. Jag har de senaste sju dagarna sovit*

mycket bra bra varken bra eller dåligt dåligt mycket dåligt

20. Röker någon inomhus där du bor?

nej ja

FRÅGOR OM KROPPEN

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

22. 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

23. 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