

Namn och personnummer:

Denna ruta fyller skolsköterskan i:

Datum för hälsosamtalet:	Skola/klass:
Längd:.....cm	Vikt:.....kg
Syn: Höger:	Vänster:

ARBETSMILJÖ

1. Hur trivs du i skolans lokaler (till exempel buller, belysning, ventilation, möbler, städning, temperatur och toaletter)?



mycket bra

bra

varken bra eller dåligt

dåligt



mycket dåligt

2. Har du arbetsro i klassrummet, kan du arbeta utan att bli störd?

alltid

ofta

ibland

sällan

aldrig

3. Kan du koncentrera dig i klassrummet?

alltid

ofta

ibland

sällan

aldrig

4. Har du kompisar på skolan?

alltid

ofta

ibland

sällan

aldrig

5. Är det något som gör att det är jobbigt eller svårt för dig att vara i skolan?

nej, inte alls

ja, ibland

ja, ofta

6. Hur trivs du i skolan?



mycket bra

bra

varken bra eller dåligt

dåligt



mycket dåligt

MATVANOR

7. En vanlig vecka, hur ofta äter du

- a. frukost varje dag 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar ingen dag
b. lunch varje dag 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar ingen dag
c. middag varje dag 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar ingen dag

8. Hur ofta brukar du äta minst en portion grönsaker (en portion = en "handfull")?*

- varje dag 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar mindre ofta än en dag i veckan

9. Hur ofta brukar du äta frukt och/eller bär?

- varje dag 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar mindre ofta än en dag i veckan

10. Hur ofta brukar du äta godis, kakor, bullar, chips eller andra snacks?

- mindre ofta än en dag i veckan 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar varje dag

11. Hur ofta brukar du dricka läsk eller saft som innehåller socker?

- mindre ofta än en dag i veckan 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar varje dag

FYSISK AKTIVITET

12. Är du med när ni klättrar, springer, hoppar eller spelar bollspel under skoldagen?

- alltid ofta ibland sällan aldrig

13. Hur många dagar per vecka rör du på dig minst en timme så att du 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

FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

14. Jag mår...



- mycket bra bra varken bra eller dåligt dåligt mycket dåligt

15 a. Hur ofta har du besvärande huvudvärk?*

- sällan/aldrig 1 gång/månad 1 gång/vecka mer än 1 gång/vecka i stort sett varje dag

15 b. Hur ofta har du besvärande ont i magen?*

- sällan/aldrig 1 gång/månad 1 gång/vecka mer än 1 gång/vecka i stort sett varje dag

16 a. Hur ofta har du känt dig ledsen eller nedstämd?*

sällan/aldrig 1 gång/månad 1 gång/vecka mer än 1 gång/vecka i stort sett varje dag

16 b. Hur ofta har du varit irriterad eller på dåligt humör?*

sällan/aldrig 1 gång/månad 1 gång/vecka mer än 1 gång/vecka i stort sett varje dag

16 c. Hur ofta har du känt dig orolig eller rädd?*

sällan/aldrig 1 gång/månad 1 gång/vecka mer än 1 gång/vecka i stort sett varje dag

16 d. Hur ofta har du svårt att somna?*

sällan/aldrig 1 gång/månad 1 gång/vecka mer än 1 gång/vecka i stort sett varje dag

17. Hur trivs du hemma?*



mycket bra bra varken bra eller dåligt dåligt mycket dåligt

18. Känner du dig oroad eller bekymrad för någon i din omgivning, t ex vän eller familj?

nej ja

**19. 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

**20. 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.

Inför ditt hälsosamtal, fundera på om du har några frågor
om din kroppsutveckling, frågor om känslor eller något
annat du vill ta upp.

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

*Fråga från Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insatser.