



HÄLSOFRÅGOR I GYMNASIET

Namn:	Personnummer:
-------	---------------

Detta fyller skolsköterskan i:

Datum för hälsosamtalet:			
Längd:	cm	Vikt:	kg
BMI:		Kön:	

Sätt ett kryss i rutan som passar in på dig

ARBETSMILJÖ

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 arbetsro på lektionerna
- | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> alltid | <input type="checkbox"/> ofta | <input type="checkbox"/> ibland | <input type="checkbox"/> sällan | <input type="checkbox"/> aldrig |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
3. Jag kan koncentrera mig på lektionerna
- | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> alltid | <input type="checkbox"/> ofta | <input type="checkbox"/> ibland | <input type="checkbox"/> sällan | <input type="checkbox"/> aldrig |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
4. Jag känner mig stressad över skolarbetet (betyder pressad, jäktad, inte hinna med)
- | | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> aldrig/sällan | <input type="checkbox"/> ibland | <input type="checkbox"/> ofta | <input type="checkbox"/> alltid |
|--|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

5. Vet du någon på skolan som blivit retad, utstött eller på annat sätt illa behandlad de tre senaste månaderna

- a. av andra elever i skolan? nej ja, via Internet eller mobil ja, på annat sätt ja, via Internet eller mobil och på annat sätt
- b. av vuxna i skolan? nej ja, via Internet eller mobil ja, på annat sätt ja, via Internet eller mobil och på annat sätt
- c. om du svarat ja på a eller b eller på både a och b beskriv på vilket sätt.....

6. Har du själv blivit retad, utstött eller på annat sätt illa behandlad de tre senaste månaderna

- a. av andra elever i skolan? nej ja, via Internet eller mobil ja, på annat sätt ja, via Internet eller mobil och på annat sätt
- b. av vuxna i skolan? nej ja, via Internet eller mobil ja, på annat sätt ja, via Internet eller mobil och på annat sätt
- c. om du svarat ja på a eller b eller på både a och b beskriv på vilket sätt.....

7. Jag trivs i skolan mycket bra bra varken bra eller dåligt dåligt mycket dåligt

MATVANOR OCH FYSISK AKTIVITET

8. Jag äter...

	varje skoldag	3-4 skoldagar i veckan	1-2 skoldagar i veckan	aldrig
a. frukost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Jag dricker söta drycker (exempelvis läsk, saft, måltidsdryck)

aldrig/sällan mindre än 1 gång i veckan 1-2 dagar i veckan 3-4 dagar i veckan 5 - 7 dagar i veckan

10. Jag deltar aktivt på lektionerna i idrott och hälsa

alltid varannan gång någon gång i månaden aldrig

FRITID

11. På min fritid idrottar/motionerar/rör jag på mig på annat sätt

- 5-7 gånger i veckan 3-4 gånger i veckan 1-2 gånger i veckan sällan aldrig

12. På min fritid, sitter jag framför teven/datorn/med mobilen

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

13. Har du något arbete på fritiden?

- ja nej

FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

14. Jag mår...

- mycket bra bra varken bra eller dåligt dåligt mycket dåligt

15. 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"/> |

16. Jag använder värktabletter

- aldrig några gånger per år några gånger per månad några gånger per vecka dagligen

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. Har du någon vuxen som du kan prata med om det som är viktigt för dig

ja nej

19. Jag sover bra

alltid ofta ibland sällan aldrig

ALKOHOL/NARKOTIKA/TOBAK

20. Jag ...

aldrig

har provat

någon/några
gånger i
månaden

någon/några
gånger i veckan

dagligen

a. röker

b. snusar

21. Jag dricker alkohol (folköl, starköl, stark cider, vin, alkohäsk eller sprit)

aldrig

har provat

någon/några
gånger om året

någon/några
gånger i månaden

någon/några
gånger i veckan

22. Om jag blir erbjuden narkotika säger jag

bestämt nej

troligen nej

kanske ja

ja

KROPPSUTVECKLING, OCH RELATIONER

Har du några frågor eller har något att berätta som handlar om din kroppsutveckling, om preventivmedel eller andra frågor om känslor, sex och relationer.

ja nej

Om ja, skriv gärna här:

FRAMTIDEN

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