



HÄLSOFRÅGOR I 7: AN

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

alltid ofta ibland sällan aldrig

3. Jag kan koncentrera mig på lektionerna

alltid ofta ibland sällan aldrig

4. Jag känner mig stressad över skolarbetet (betyder pressad, jäktad, inte hinna med)

aldrig sällan ibland ofta 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 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 sällan 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. Röker någon inomhus där du bor?

- aldrig sällan ibland ofta

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. snusar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
21. Jag dricker alkohol (folköl, starköl, stark cider, vin, alkoholisk eller sprit)
- | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> aldrig | <input type="checkbox"/> har provat | <input type="checkbox"/> någon/några gånger om året | <input type="checkbox"/> någon/några gånger i månaden | <input type="checkbox"/> någon/några gånger i veckan |
|---------------------------------|-------------------------------------|---|---|--|
22. Om jag blir erbjuden narkotika säger jag
- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> bestämt nej | <input type="checkbox"/> troligen nej | <input type="checkbox"/> kanske ja | <input type="checkbox"/> 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:
