

# HÄLSOFRÅGOR TILL DIG SOM GÅR I FÖRSKOLEKLASS

I den här enkäten ställer vi frågor till dig som går i förskoleklass om hur du mår, dina matvanor och hur mycket du rör på dig och om hur du trivs och har det i skolan. Det här kommer vi sen att prata om vid ditt hälsosamtal hos mig som är skolsköterska. Vi önskar att du och någon av dina föräldrar svarar tillsammans på frågorna. Om du undrar över något kan du prata med skolsköterskan om det.



---

Elevens namn .....

Personnummer ..... - ..... Klass/grupp .....  
(år månad dag - xxxx)

Språk som talas i hemmet .....



## Dina mat- och sovvanor

Här kommer några meningar om mat och sovvanor som vi vill att du funderar på om de stämmer in på dig. Markera ditt svar med ett kryss i någon av rutorna *Stämmer mycket bra*, *Stämmer ganska bra*, *Stämmer ganska dåligt*, *Stämmer mycket dåligt*.

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag äter frukost varje morgon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag äter skollunch varje skoldag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker om skolmaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag äter middag/kvällsmat varje dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har lätt att somna på kvällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag sover gott på natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fritid och rörelse

Nu kommer några meningar om din fritid och rörelse som vi vill att du funderar på om de stämmer in på dig. Markera ditt svar med ett kryss i någon av rutorna *Stämmer mycket bra*, *Stämmer ganska bra*, *Stämmer ganska dåligt*, *Stämmer mycket dåligt*.

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag går eller cyklar oftast till skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag rör mig mycket på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tittar/surfar/spelar ofta på platta/telefon/TV/dator på min fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta utomhus på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Skola och arbetsmiljö

Här kommer några meningar om din skola och arbetsmiljö som vi vill att du funderar på om de stämmer in på dig. Markera ditt svar med ett kryss i någon av rutorna *Stämmer mycket bra*, *Stämmer ganska bra*, *Stämmer ganska dåligt*, *Stämmer mycket dåligt*.

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag känner mig trygg inför skoldagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag trivs i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag trivs på fritids <i>Jag går inte på fritids</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag trivs på skolgården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta utomhus på rasterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag brukar använda skolans toaletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag trivs i skolmatsalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker det är roligt att lära mig nya saker i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker lärarna lyssnar på mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag får den hjälp jag behöver i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag får vara med och påverka i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har bra närvaro i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har kompisar i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker att de som arbetar på skolan är snälla mot mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker att alla elever i skolan är snälla mot mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Trivsel och relationer

Nu kommer några meningar om trivsel och relationer som vi vill att du funderar på om de stämmer in på dig. Markera ditt svar med ett kryss i någon av rutorna *Stämmer mycket bra*, *Stämmer ganska bra*, *Stämmer ganska dåligt*, *Stämmer mycket dåligt*.

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag känner mig trygg hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har kompisar som jag träffar på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har någon vuxen som jag kan prata med om viktiga saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag är orolig för någon i min familj eller i min närhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon har slagit mig eller gjort något mot mig som inte kändes bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har blivit ledsen eller rädd för någon/något som hänt/jag har sett på internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Din hälsa

Nu kommer några meningar om din hälsa och ditt mående som vi vill att du funderar på om de stämmer in på dig. Markera ditt svar med ett kryss i någon av rutorna *Alltid*, *Ofta*, *Ibland*, *Sällan*, *Aldrig*

	Varje dag	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig
Jag mår bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Varje dag	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig
Jag känner mig ledsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig orolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig trött på dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig arg eller irriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ont i huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ont i rygg, nacke eller axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ont i höfter, knän eller fötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det finns annat som gör att jag inte mår bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Vad är det som gör att du inte mår bra? .....

	Ja	Nej	Vet ej
Ser du bra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hör du bra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du svårt att uttala vissa ord eller bokstäver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Så här ser jag på livet just nu**

(ringa in den siffra du tycker stämmer bäst)



0

1

2

3

4

5

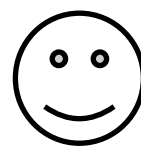
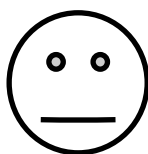
6

7

8

9

10



Botten

Toppen

Har du något mer du vill prata med skolsköterskan om?– skriv gärna här

.....

.....

.....

.....

.....

Fylls i av skolsköterskan

Datum för hälsosamtalet (år och månad).....

Längd ..... Vikt .....

---