

# HÄLSOFRÅGOR TILL DIG SOM GÅR ÅRSKURS 4



I den här enkäten ställer skolsköterskan frågor om hur du mår och trivs i skolan. Vi kommer att prata om detta vid ditt hälsosamtal.

Dina svar blir sekretessbelagda, vilket innebär att det är du själv, skolläkaren och skolsköterskan som får läsa uppgifterna. Om vi misstänker att du far illa på något sätt måste vi däremot berätta om det så att du får hjälp.

Om du undrar över något är du välkommen att prata med mig som skolsköterska.

Namn .....

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

Språk som talas i hemmet .....

## Fylls i av skolsköterskan

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

Elevhälsan har kopplats in p.g.a. oroväckande frånvaro  giltig  ogiltig

Har särskilda stödinsatser i skolan, d.v.s. åtgärdsprogram  Ja  Nej  Nej, men skulle behöva

Längd ..... Vikt .....

Eleven har kommit i pubertet  Ja  Nej

## Jag bor för det mesta tillsammans med;

båda föräldrarna  växelvis boende  en förälder  familjehem  annan vuxen  
(t.ex. varannan vecka)

## Mat och sovvanor

Stämmer  
mycket bra

Stämmer  
ganska bra

Stämmer  
dåligt

Stämmer  
inte alls

(Markera med X (kryss) det som du tycker stämmer bäst)

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 skolmaten är bra	<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"/>
Jag känner mig utvilad när jag vaknar på morgonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fysisk aktivitet och fritid

Stämmer  
mycket bra

Stämmer  
ganska bra

Stämmer  
dåligt

Stämmer  
inte alls

Jag är aktiv på idrottslektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag går eller cyklar till skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag idrottar/tränar och rör mig mycket på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har fritidsintressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I så fall vad .....				
Jag är ofta utomhus efter skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan simma 200 meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag använder padda/telefon/TV/TV-spel/dator mer än 2 timmar per dag på min fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Skola och arbetsmiljö

Stämmer  
mycket bra

Stämmer  
ganska bra

Stämmer  
dåligt

Stämmer  
inte alls

Jag känner mig lugn och trygg inför skoldagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag trivs bra i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker skolgården är bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är utomhus på rasterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker skolans toaletter är fräscha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker omklädningsrum och duschar fungerar och är fräscha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker miljön i skolmatsalen är bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har arbetsro på lektionerna	<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 har inga svårigheter med skolarbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är nöjd med mitt skolarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag får vara med och bestämma i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Trivsel och relationer**

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer dåligt	Stämmer inte alls
Jag har vänner i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker all skolpersonal är vänlig mot mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tycker alla elever i skolan är vänliga mot mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är vänlig mot alla elever och personal i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag vet någon elev på skolan som inte har det bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag trivs bra hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig trygg hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är orolig för någon i min familj eller i min närhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har vänner på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har någon vuxen att prata med om viktiga saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon har gjort mig så illa att jag blev riktigt rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon/något på internet har gjort mig ledsen eller riktigt rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Allmänt hälsotillstånd**

	Varje dag	Ofta	Sällan	Aldrig
Jag mår bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig nöjd med mig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är nöjd med min kropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig ledsen	<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"/>
Jag känner mig trött på dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig arg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att koncentrera mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig yr	<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"/>
Jag har ont i rygg, nacke eller axlar	<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"/>
Jag har besvär med allergi (t.ex. eksem, hösnuva)	<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"/>
I så fall vad .....				

	Varje dag	Ofta	Sällan	Aldrig
Jag behöver medicin/läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I så fall vilken/vilka .....

Jag ser bra	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Jag hör bra	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Jag har svårt att uttala vissa ord eller bokstäver	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>

## Framtidstankar

Stämmer  
mycket bra

Stämmer  
ganska bra

Stämmer  
dåligt

Stämmer  
inte alls

Jag ser positivt på framtiden

## Så här ser jag på livet just nu

(ringa in siffran du tycker stämmer bäst)



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Botten

Toppen



Har du något mer du vill prata om – skriv gärna här

---

---

---

---

---

