



HÄLSOFRÅGOR I FÖRSKOLEKLASS ELLER I ÅRSKURS 1

Namn:		Personnummer:			
Detta fyller skolsköterskan i:					
Datum:	Längd:	(cm)	Vikt:	(kg)	

Till dig som vårdnadshavare

	Båda föräldrarna som bor tillsammans	Växelvis boende hos föräldrarna	Enbart mamma	Enbart pappa	Annan person
1. Vem bor barnet tillsammans med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Svaren används i hälsosamtalet med skolsköterskan.

Eleven fyller i med stöd av vårdnadshavare

SKOLMILJÖ				
	Mycket bra	Okej	Dåliga	
2. Jag tycker att klassrummen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Jag tycker att toaletterna är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Jag tycker att skolgården är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Jag tycker matsalen/matplatsen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Ofta	Ibland	Inte så ofta	
6. Jag känner mig trygg i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Mycket bra	Okej	Dåligt	
7. Jag trivs i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	







MAT- OCH TANDBORSTVANOR

		Varje dag	Ofta	Inte så ofta
8.	Jag äter frukost före skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Jag äter lunch i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Jag äter middag efter skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2 gånger per dag	1 gång per dag	Inte så ofta
11.	Jag äter frukt eller bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Jag äter grönsaker eller rotfrukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Jag borstar tänderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Inte så ofta	Ofta	Varje dag
14.	Jag dricker läsk och saft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FYSISK AKTIVITET OCH FRITID

		Varje dag	Ofta	Inte så ofta
15.	<u>Till och från skolan</u> går, cyklar eller rör jag mig på annat sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<u>På skolan eller fritids</u> leker jag ute och rör på mig så att jag blir andfådd eller varm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<u>På kvällar och helger</u> leker jag ute och rör på mig så att jag blir andfådd eller varm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

		Mycket bra	Okej	Dåligt
				
18.	Jag mår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ofta	Ibland	Inte så ofta
				
19.	Har du någon att vara med när du är leksugen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Har du någon att prata med om viktiga saker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

21. När brukar du somna när du ska till skolan nästa dag?

- 19:00 eller tidigare
- 19:30
- 20:00
- 20:30
- 21:00
- 21:30
- 22:00 eller senare

22. När brukar du vakna på morgonen när du ska till skolan?

- 05:00 eller tidigare
- 05:30
- 06:00
- 06:30
- 07:00
- 07:30
- 08:00 eller senare

23. Hur många timmar sover du vanligtvis per natt när du ska till skolan?

6 timmar eller
mindre

7 timmar

8 timmar

9 timmar

10 timmar

11 timmar eller
mer

24. Röker någon inomhus där du bor?

Aldrig

Ibland

Ofta

ÖVRIGA FRÅGOR

Har du och din vårdnadshavare några frågor om kroppen eller något att berätta om hur du mår?