



Underlag för hälsosamtal hos skolsköterskan

Ifylles av elev samt medtages till besöket

Var god texta

Namn elev	Personnummer elev (10 siffror)
Skola	Klass

Har du någon allergi, astma och/eller annan sjukdom?

Nej Ja: _____

Tar du medicin regelbundet?

Nej Ja Vilken?: _____ För vad?: _____

Går du på kontroll /behandling hos läkare, sjukgymnast, optiker eller annan?

Nej Ja För vad?: _____ Hos vem?: _____

Röker du?

Nej Ja

Snusar du?

Nej Ja

Flickor: Har du fått mens?

Nej Ja

Pojkar: Kan du dra tillbaka förhuden?

Nej Ja

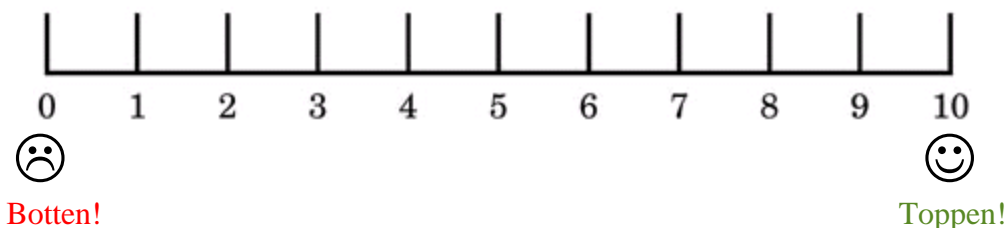
Äter du regelbundet frukost, lunch och middag?: _____

Hur många timmar per natt sover du?: _____

Motionerar du regelbundet?

Nej Ja Vad och hur ofta? : _____

Hur mår du och hur trivs du med livet? Ringa in passande siffra.



Är det något speciellt du känner att du vill diskutera med skolsköterskan?

Nej Ja Vad?: _____