



Frågeformulär inför Din Hälsoundersökning

Namn:	Personnr:
Adress:	Telefonnr:

Civilstånd:	<input type="checkbox"/> Gift/sambo	<input type="checkbox"/> Ensamstående
	<input type="checkbox"/> Barn	Barnens ålder.....

Arbetsplats:	Yrke/sysselsättning:
.....	
Hur är din fysiska arbetsmiljö? (Sätt ett kryss på linjen)	
Mycket bra _____ Mycket dålig	
Hur är din psykosociala arbetsmiljö? (Sätt ett kryss på linjen)	
Mycket bra _____ Mycket dålig	
Kommentar:.....	

Jag upplever min hälsa som:	
Sjukdomar i slakten	
Har eller hade någon av dina närmaste släktingar (föräldrar, barn, syskon, far- eller morföräldrar):	
<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Cancer före 65 år
<input type="checkbox"/> Hjärtinfarkt före 65 år	<input type="checkbox"/> Högt blodtryck
<input type="checkbox"/> Stroke före 65 år	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Annat	

Egna sjukdomar och besvär

Har du eller har du haft:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eksem | <input type="checkbox"/> Epilepsi |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Annan långvarig/allvarlig sjukdom |
| <input type="checkbox"/> Allergi | <input type="checkbox"/> Nedsatt syn |
| <input type="checkbox"/> Hjärtbesvär | <input type="checkbox"/> Nedsatt hörsel |
| <input type="checkbox"/> Högt blodtryck | <input type="checkbox"/> Återkommande huvudvärk |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Magbesvär |
| <input type="checkbox"/> Tumörsjukdom | <input type="checkbox"/> Besvär med vattenkastning/avföring |
| <input type="checkbox"/> Psykisk sjukdom | <input type="checkbox"/> Ofta stressad |
| <input type="checkbox"/> Missbruksproblem | <input type="checkbox"/> Oro eller ängslan |
| <input type="checkbox"/> Nedstämd/olustig/ ledsen | <input type="checkbox"/> Besvär av värk i rygg/ axlar/ nacke |

Behandlas du för någon sjukdom?

- Ja Nej

Om ja, vilka?.....

Använder du läkemedel?

- Ja Nej

Om ja, vilka?.....

Har du varit sjukskriven mer än fyra veckor det senaste året?

- Ja Nej

Sover du bra?

- Ja Nej

Om nej, vilka problem har du?.....

Röker du?

- Ja Nej

Snusar du?

- Ja Nej

Om ja, hur mycket?.....

Matvanor

Hur ofta äter du frukost?

Dagligen

Nästan varje dag

Några gånger i veckan

En gång i veckan eller mer sällan

Lunch?

Middag?

Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter?

Två gånger per dag eller oftare

En gång per dag

Några gånger i veckan

En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du frukt och bär?

Två gånger per dag eller oftare

En gång per dag

Några gånger i veckan

En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt, i sallad eller som pålägg?

Tre gånger i veckan eller oftare

Två gånger per vecka

En gång i veckan

Några gånger i månaden eller mer sällan

Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/soft?

Två gånger per dag eller oftare

En gång per dag

Några gånger i veckan

En gång i veckan eller mer sällan

FYSISK AKTIVITET

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, till ex. löpning, motionsgymnastik eller bollsport?

- 0 minuter/ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30 minuter – 60 minuter
- 60 minuter – 90 minuter
- 90 minuter – 120 minuter
- Mer än 120 minuter

Hu mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, ex. promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 min./gång).

- 0 minuter/ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30 minuter – 60 minuter
- 60 minuter – 90 minuter
- 90 minuter – 150 minuter
- 150 minuter – 300 minuter
- Mer än 300 minuter

STILLASITTANDE

Hur mycket sitter du normalt under den vakna delen av dygnet?

- Så gott som hela dagen
- 13 timmar – 15 timmar
- 10 timmar – 12 timmar
- 7 timmar – 9 timmar
- 4 timmar till 6 timmar
- 1 timme – 3 timmar
- Aldrig

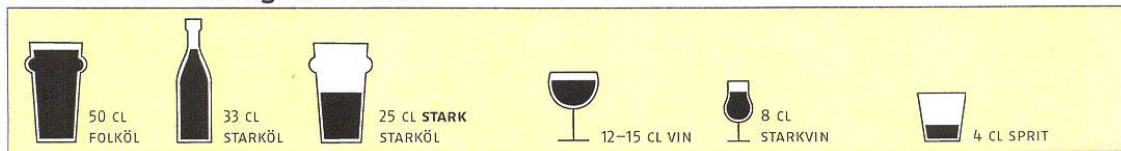
AUDIT

Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor.

Vi är tacksamma om du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig.



Med ett "standardglas" menas



HUR GAMMAL ÄR DU? _____ ÅR

MAN

KVINNA

1. Hur ofta dricker du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>
2. Hur många "standardglas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7-9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>
3. Hur ofta dricker du sex sådana "standardglas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
4. Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
5. Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
6. Hur ofta under senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
7. Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
8. Hur ofta under det senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
9. Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>