Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Take your temperature twice a day, in the morning and the evening. Write it down. For each symptom: circle ‘Y’ for Yes or ‘N’ for No. **Don’t leave any spaces blank**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Day # (from last contact) | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | |
| Date |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| AM or PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM |
| Time |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Temperature or Felt feverish (Y/N) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Have you taken any medicine\* for pain or fever? | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Cough | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Short of breath (breathing faster) | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Difficulty breathing (hard/hurts to breathe, ex. asthma, broken rib) | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Chills | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Sore throat | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Runny nose | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Muscle/body aches | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Fatigue | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Headache | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Abdominal pain | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Nausea | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Diarrhea | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Vomiting | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Change in sense of smell or taste | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Rash | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Unusual swelling | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |

\*anything containing aspirin, acetaminophen, naproxen, or ibuprofen (eg, Tylenol, Aleve, Advil, Motrin, Excedrin – most pain medicines and many cold/cough medicines)

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Take your temperature twice a day, in the morning and the evening. Write it down. For each symptom: circle ‘Y’ for Yes or ‘N’ for No. **Don’t leave any spaces blank**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Day # (from last contact) | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | | 12 | | 13 | | 14 | |
| Date |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| AM or PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM |
| Time |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Temperature or Felt feverish (Y/N) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Have you taken any medicine\* for pain or fever? | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Cough | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Short of breath (breathing faster) | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Difficulty breathing (hard/hurts to breathe, ex. asthma, broken rib) | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Chills | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Sore throat | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Runny nose | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Muscle/body aches | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Fatigue | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Headache | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Abdominal pain | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Nausea | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Diarrhea | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Vomiting | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Change in sense of smell or taste | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Rash | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |
| Unusual swelling | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N | Y N |

\*anything containing aspirin, acetaminophen, naproxen, or ibuprofen (eg, Tylenol, Aleve, Advil, Motrin, Excedrin – most pain medicines and many cold/cough medicines).