



**COVID-19**  
**14-Day Symptom Monitoring Log - Day 1-7**

Patient Name: \_\_\_\_\_ Patient's Phone Number: \_\_\_\_\_

Instructions: The local health department will help you determine the dates and duration of your monitoring period. Take your temperature twice a day, in the morning and in the evening, and write it down. Mark if you have any of the symptoms below: circle 'Y' for Yes and 'N' for No. **Don't leave any spaces blank.**

Day # (from last contact)	1		2		3		4		5		6		7	
Date	__/__/2020		__/__/2020		__/__/2020		__/__/2020		__/__/2020		__/__/2020		__/__/2020	
AM or PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Time														
Temperature														
Felt feverish	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
Shortness of breath/difficulty breathing	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 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/discomfort	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
Fever/pain reducing medication <sup>1</sup> taken?	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

<sup>1</sup>e.g., Aspirin, Tylenol® (acetaminophen), paracetamol, Aleve® (naproxen), MOTRIN® or Advil® (ibuprofen)



**COVID-19**  
**14-Day Symptom Monitoring Log - Day 8-14**

Patient Name: \_\_\_\_\_ Patient's Phone Number: \_\_\_\_\_

Instructions: The local health department will help you determine the dates and duration of your monitoring period. Take your temperature twice a day, in the morning and in the evening, and write it down. Mark if you have any of the symptoms below: circle 'Y' for Yes and 'N' for No. **Don't leave any spaces blank.**

Day # (from last contact)	8		9		10		11		12		13		14	
Date	__/__/2020		__/__/2020		__/__/2020		__/__/2020		__/__/2020		__/__/2020		__/__/2020	
AM or PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Time														
Temperature														
Felt feverish	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
Shortness of breath/difficulty breathing	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 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/discomfort	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
Fever/pain reducing medication <sup>1</sup> taken?	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

<sup>1</sup>e.g., Aspirin, Tylenol® (acetaminophen), paracetamol, Aleve® (naproxen), MOTRIN® or Advil® (ibuprofen)