

COVID-19 Daily Temperature and Symptom Monitoring Worksheet

Date of last exposure: _____ Last date of monitoring: _____

Instructions: Take your temperature twice a day. In the morning and in the evening, and write it down. Mark if you have any symptoms below: circle “Y” for Yes and “N” for No. Don’t leave any spaces blank. Use the back of the sheet to document anyone you come in contact with and places you go. Include dates/time.

Look for emergency warning signs for COVID-19. If someone is showing any of these signs, seek emergency medical care immediately: Trouble breathing, Persistent pain or pressure in the chest, New confusion, Inability to wake or stay awake, Bluish lips or face. Call 911 and alert the operator that you may have COVID-19.

| Day: | Day 1 | | Day 2 | | Day 3 | | Day 4 | | Day 5 | | Day 6 | | Day 7 | |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Date: | | | | | | | | | | | | | | |
| | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM |
| Time of check: | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperature | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F |
| Fever or 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 |
| 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 | 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 |
| Muscle or 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 |
| 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 |
| Loss of taste or smell | 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 |
| Congestion or 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 |
| Nausea or 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 |
| 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 |
| Fever/Pain reducing medication* 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 |

Notes:

* e.g., Tylenol (acetaminophen), Aleve (naproxen), Motrin or Advil (ibuprofen)

COVID-19 Daily Temperature and Symptom Monitoring Worksheet

Date of last exposure: _____ Last date of monitoring: _____

Instructions: Take your temperature twice a day. In the morning and in the evening, and write it down. Mark if you have any symptoms below: circle “Y” for Yes and “N” for No. Don’t leave any spaces blank. Use the back of the sheet to document anyone you come in contact with and places you go. Include dates/time.

Look for emergency warning signs for COVID-19. If someone is showing any of these signs, seek emergency medical care immediately: Trouble breathing, Persistent pain or pressure in the chest, New confusion, Inability to wake or stay awake, Bluish lips or face. Call 911 and alert the operator that you may have COVID-19.

| Day: | Day 8 | | Day 9 | | Day 10 | | Day 11 | | Day 12 | | Day 13 | | Day 14 | |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Date: | | | | | | | | | | | | | | |
| | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM |
| Time of check: | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperature | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F | ____ °F |
| Fever or 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 |
| 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 | 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 |
| Muscle or 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 |
| 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 |
| Loss of taste or smell | 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 |
| Congestion or 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 |
| Nausea or 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 |
| 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 |
| Fever/Pain reducing medication* 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 |

Notes:

* e.g., Tylenol (acetaminophen), Aleve (naproxen), Motrin or Advil (ibuprofen)