Health monitoring checklist for COVID-19

Year:
Month:

Name

Date	Time	Body temperature	Symptoms						
			Cough	Sore throat	Fatigue	Difficulty breathing	Loss of taste	Loss of smell	Other (ex. diarrhea)
	:	℃	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	
	:	℃	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	
	:	℃	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	
	:	℃	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	
	:	℃	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	
	:	℃	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	
	:	℃	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	
	:	℃	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	
	:	℃	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	
	:	℃	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	
	:	℃	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	
	:	℃	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	
	:	℃	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	
	:	℃	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	☐No ☐Yes	