

Traveler's Name	Date of Birth
-----------------	---------------

WEEK 3

Day Date	DAY 15		DAY 16		DAY 17		DAY 18		DAY 19		DAY 20		DAY 21	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Time of check														
Temperature (°F or °C)														
Other symptoms (circle Y for Yes or N for No)														
Headache	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Joint or muscle aches	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Weakness	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
Vomiting	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Stomach pain	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Lack of appetite	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
Red eyes	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

Name of Health Department	Name of Contact
Daytime Telephone (include area code)	Nights / weekend Telephone (include area code)