

Appendix D

Page 1

Traveler Daily Monitoring Log

Name: _____ Age (yrs): _____ Sex: M F
 Street address: _____ City, State: _____ Telephone number: _____
 Case ID number (from contact listing form): _____ Contact number (from contact listing form): _____
 Where did contact with the case occur: _____ Date of last contact with the case (mm/dd/yyyy): _____

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: circle 'Y' for Yes and 'N' for No. **Don't leave any spaces blank.** If you have a fever or any symptom, immediately call the Mo Department of Health at 573-751-6113 or 800-392-0272 (24/7).

Day # (from last contact)	1		2		3		4		5		6		7	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Date														
AM or PM														
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
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
Difficulty breathing/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
Muscle aches/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 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
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

Appendix D
Page 2

Traveler Daily Monitoring Log

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: circle 'Y' for Yes and 'N' for No. Don't leave any spaces blank. If you have a fever or any symptom, immediately call the MO Department of Health at 573-751-6113 or 800-392-0272 (24/7).

Day # (from last contact)	8		9		10		11		12		13		14	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Date														
AM or PM														
Temperature														
Felt feverish	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
Sore Throat	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Difficulty breathing/shortness of breath	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Muscle aches/headache	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Abdominal discomfort	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
Diarrhea	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N