Division of Public Health F-01418 (11/12/2014)

Page 1 of 2

21-DAY MONITORING PERIOD CHA	R	1
------------------------------	---	---

Traveler's Name		Date of Birth
Last exposure - Date	End of 21-day monitorin	g period - Date

WFFK 1

WEEK 1															
Day	DA	Y 1	DA	Y 2	DA	Y 3	DA	Y 4	DAY 5		DAY 6	DA	Y 7		
Date															
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM PN	l AM	1 PM	AM	PM		
Time of check															
Temperature (°F or °C)															
ther symptoms (circle Y for Yes or N for No)															
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		
Joint or 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		
Weakness	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		
Stomach pain	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		
Lack of appetite	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		
Rash	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		
Red eyes	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		

WEEK 2

Day	DA	۱Y	8	B DAY			DAY 10						DAY 11			DAY 12				DAY 13							
Date																											
	AM		PM	Α	M	Р	PM		AM		PM		AM		PM		AM		М	AM		PM		AM		P	M
Time of check																											
Temperature (°F or °C)																											
Other symptoms (circle Y f	her symptoms (circle Y for Yes or N for No)																										
Headache	Y N		Y N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	Ν
Joint or muscle aches	Y N		Y N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N
Weakness	Y N		Y N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N
Diarrhea	Y N		Y N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N
Vomiting	Y N		Y N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	Ν
Stomach pain	Y N		Y N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	Ν
Lack of appetite	Y N		Y N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N
Rash	Y N		Y N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N
Red eyes	Y N		Y N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	Ζ	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	Z	Υ	Ν	Υ	N	Υ	Ν	Υ	N	Υ	N

F-01418 (11/12/2014) Page 2 of 2

Traveler's Name	Date of Birth

WEEK 3

Day	[DAY 15				DAY	/ 16		DAY 17					DAY	/ 18			DAY	/ 19			DA	/ 20					
Date																												
	ΑN	1	Р	М	Al	М	Р	M	Α	AM		M	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	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	Ν	Υ	N
Joint or muscle aches	Υ	N	Υ	N	Υ	Ν	Υ	N	Υ	N	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N
Weakness	Υ	N	Υ	Ν	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N
Diarrhea	Υ	N	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	N	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	N	Υ	N	Υ	Ν	Υ	Ν
Vomiting	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	Ν	Υ	N
Stomach pain	Υ	N	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	N	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	Ν	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N
Lack of appetite	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	Ν	Υ	N
Rash	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	Ν	Υ	N	Υ	Ν	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	Ν
Red eyes	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N	Υ	N

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