



2020 DAILY HEALTH SCREENING

Day (Circle One): S M T W T F S

Church Name: _____

Date: _____ 2020

Name of Screener: _____

Time of Day: _____

Phone # of Screener: _____

Camper Name	Experiencing Symptoms of ...					Record Temperature
	Body Aches	Cough	Change in Taste or Smell	Shortness of Breath	Generally not Feeling Well	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	
	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	Y or N	

Please turn in this form daily at the First Aid Station.

Signature: _____

Date: _____