DAILY HEALTH SCREENING

Day (Circle One): S M T W T F S **Church Name:** _____

Date: _____ **Name of Screener:** _____

Time of Day: _____ **Phone # of Screener:** _____

	Experiencing Symptoms of …					
Camper Name	**Body Aches**	**Cough**	**Change in Taste or Smell**	**Shortness of Breath**	**Generally not Feeling Well**	**Record Temperature**
	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: _____