COMMUNITY MENTAL HEALTH FOR CENTRAL MICHIGAN

COVID-19 DAILY SYMPTOMS LOG

Consumer Name: _____ **Home Name:** _____

DATE:														
TIME:														
Staff Initials:														
Temperature	° F		° F		° F		° F		° F		° F		° F	
Dry Cough	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Shortness of Breath	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Fatigue/malaise	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Loss of taste/smell	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Nausea	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
Myalgia (muscle pain)	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
New rash	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Headache	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Confusion/Cognitive Issues	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Other (Specify)														