

**14-day fever and symptom follow-up form, days 1-7**

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 Alaska Section of Epidemiology at 907-269-8000 or 800-478-0084.

Day # (from last contact)	1		2		3		4		5		6		7	
Date														
AM or PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	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

**14-day fever and symptom follow-up form, days 8-14**

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 Alaska Section of Epidemiology at 907-269-8000 or 800-478-0084.

Day # (from last contact)	8		9		10		11		12		13		14	
Date														
AM or PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	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