

Employee and Participant Health Screening Form for Onsite Screening

Employer Name _____

Person Completing Form _____

Date _____

Employer, retain these forms in a secure place for three months, and provide the forms upon request from public health agencies.

EMPLOYEE NAME	CHECK SYMPTOMS DAILY, BEFORE STARTING SHIFT						
	Fever 100.4°F or above	Cough	Shortness of breath or difficulty breathing	Chills	Muscle aches	Sore throat	New loss of taste or smell
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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