SCREENING CHECKLIST

COMPANY NAME: **DATE:** 2020/05/04

	Details		Symptoms											Signature	
No	**Employee name and #**	**Shift/ work day**	**Temp**	**Fever/ Chills**	**Cough**	**Sore throat**	**Red eyes**	**Shortness of breath**	**Aches**	**Loss of smell/taste**	**Nausea/Vomiting/Diarrhoea**	**Fatigue**	**Other**	**Employee signature**	**Compliance signature**
1	Jack Smith	AM	37	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N			
	12345	PM		Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N			
2	Susan Jones	AM		Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N			
	67890	PM		Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N			
3		AM		Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N			
		PM		Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N			