

Line List of Residents with Acute Respiratory Illness and/or Pneumonia

Facility Name:			Patient Location	Vaccination		Illness Description				Laboratory Testing		Illness Complications			
Name	Age	Sex													
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /