初回相談月	ケース番号	初回相談日	初回相談時刻	相談市町村	市町村担当者	対象者氏名	年齢	相談内容	対象者が事業を知ったきっかけ	妊娠の状況	母子健康手帳の有無	妊婦健診受診の有無	サマリー	調整医療機関等	最終相談日付